

# **UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

# *Tesis de grado* *Licenciatura en* *Psicología*

“Una perspectiva psicosocial del  
proceso de confección y  
desarrollo de los tratamientos de  
personas con discapacidad  
intelectual, en un centro de día  
de la provincia”

Tesista: Carla  
Granzotto  
Director de tesis:  
Licenciado  
Gustavo Tomba

Noviembre, 2019



# HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado: Lic. Tomba, Gustavo.

Nota:

## RESUMEN

La historia de las personas con discapacidad demuestra cómo durante años, se vieron inmersos en la discriminación, marginación y muchos otros tratos que negaron su existencia como actores partícipes de la sociedad.

En la actualidad, abundan paradigmas sobre discapacidad que se apoyan en una perspectiva de derechos humanos, sin embargo existen aún prácticas discriminatorias asociadas a lógicas de exclusión y segregación naturalizadas en nuestra sociedad.

El modelo social reconoce el derecho de las personas con discapacidad a vivir una vida en igualdad de condiciones que las demás, esta premisa naturalmente incluye el hecho de participar activamente y de tomar decisiones relativas a los temas que les afecten.

La presente tesis de carácter descriptivo-fenomenológico, expone un análisis sobre el proceso de confección y desarrollo de los tratamientos, en un centro de día de la provincia, permitiendo ver desde la perspectiva de los profesionales la posibilidad de inclusión de las personas con discapacidad intelectual en términos de elecciones y decisiones pertinentes a sus planes terapéuticos.

Los aportes de la Psicología Comunitaria y su entrecruzamiento con los procesos psicosociales propuestos por Montero visibilizan aquellos movimientos colectivos llevados a cabo para sostener la prevalencia de lógicas inclusivas y participativas en los tratamientos, coexistiendo con momentos y espacios de exclusión, segregación e integración.

**Palabras claves:** Discapacidad, inclusión, procesos psicosociales, tratamientos.

# ABSTRACT

The history of people with disabilities demonstrates how for years, they were immersed in discrimination, marginalization and many other deals that denied their existence as participating actors in society.

At present, there are many disability paradigms that rely on a human rights perspective, however there are still discriminatory practices associated with naturalized exclusion and segregation logics in our society.

The social model recognizes the right of persons with disabilities to live a life on equal terms as others, this premise naturally includes the fact of actively participating and making decisions regarding issues that affect them.

This thesis of a descriptive- phenomenological nature, exposes an analysis on the process of preparation and development of treatments, in an institution of the province, allowing to see from the perspective of professionals the possibility of inclusion of people with intellectual disabilities in terms of choices and decisions relevant to their therapeutic plans.

The contributions of community psychology and their intersection with the psychosocial processes proposed by Montero make visible those collective movements carried out to sustain the prevalence of inclusive and participatory logics in treatments, coexisting with moments and spaces of exclusion, segregation and integration.

**Keywords:** Disability, inclusion, psychosocial processes, treatments.

# AGRADECIMIENTOS

*“A menudo damos por hecho las cosas que más merecen nuestra gratitud” Cynthia Ozick*

*En este caso, finalizando el tiempo de tesis agradezco a mi mamá, papá y hermana por la contención, el abrazo y la fuerza.*

*A Juan Manuel por la presencia y el ánimo.*

*A mis amigas por la compañía, el amor y la risa.*

*A Julia por el sostén.*

*A Paula por caminar a mi lado.*

*A Gustavo por los encuentros, la dedicación, el aliento y los espacios compartidos de aprendizaje.*

*Gracias por acompañar este trayecto sinuoso. Con todo mi cariño y amor, a ustedes, gracias.*

# ÍNDICE

<b>HOJA DE EVALUACIÓN</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	5
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9-10
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1. PARADIGMA ACTUAL SOBRE DISCAPACIDAD</b> .....	
1.1 <i>Introducción</i> .....	12
1.2 <i>Recorrido histórico</i> .....	12-15
1.3 <i>Modelos de discapacidad</i> .....	15-20
1.4 <i>Terminologías</i> .....	20-22
1.5 <i>C.I.F.</i> .....	22-26
1.6 <i>Convención internacional y normativa legal nacional</i> .....	28-28
<b>CAPITULO 2. SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y MODALIDAD CENTRO DE DÍA</b> .....	
2.1 <i>Introducción</i> .....	29
2.2 <i>Situación de discapacidad</i> .....	29-31
2.3 <i>Modalidad centro de día</i> .....	31-32
2.4 <i>Centro de día PROGRESAR</i> .....	32-36
2.5 <i>Patologías crónicas vs agudas</i> .....	36-39
2.6 <i>Discapacidad Intelectual</i> .....	39-43
<b>CAPÍTULO 3. LÓGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b> .....	
3.1 <i>Introducción</i> .....	44
3.2. <i>Paradigma de la diversidad</i> .....	44-46
3.3. <i>Lógicas en torno a la discapacidad</i> .....	46
<i>Lógica de Exclusión</i> .....	47-49
<i>Lógica de Segregación</i> .....	49-50

<i>Lógica de Integración</i> .....	50-52
<i>Lógica de Inclusión</i> .....	53-54
<i>3.4 Participación Comunitaria</i> .....	54-60

#### **CAPÍTULO 4. PROCESOS PSICOSOCIALES Y PSICOLOGÍA**

<b>COMUNITARIA</b> .....	
4.1 Introducción.....	61
4.2 Psicología comunitaria.....	61
4.2.1 Orígenes.....	61-65
4.2.2 Objeto y método de estudio.....	65-66
4.2.3 El paradigma de la psicología comunitaria.....	66-67
4.2.4 Bases teóricas y epistemológicas.....	67-68
4.3 Fenómenos o procesos psicosociales.....	69
4.3.1 Habitación, naturalización y familiarización.....	71-73
4.3.2 Problematización y desnaturalización.....	73-74
4.3.3 Concientización y desideologización.....	74-75
4.3.4 Conversión.....	75-76.
4.3.5 Procesos psicosociales y afectividad.....	76
4.4 Posición ética final.....	76-77

#### **SEGUNDA PARTE: MARCO**

##### **METODOLÓGICO**.....

#### **CAPÍTULO 5. MARCO**

<b>METODOLÓGICO</b> .....	78
<i>5.1 Encuadre general.</i> .....	79-81
<i>5.2. Encuadre metodológico.</i> .....	81-87
<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE</b>	
<b>RESULTADOS</b> .....	88
<i>Construcción de categorías.</i> .....	88-90
<i>Análisis de resultados.</i> .....	91-95
<i>Presentación de resultados.</i> .....	96-100
<b>CONCLUSIONES</b> .....	101-106
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	107-111
<b>ANEXO</b> .....	112-121



# INTRODUCCIÓN

La historia de las personas con discapacidad da cuenta de una realidad teñida por la exclusión, la discriminación y la segregación dando cuenta de estructuras naturalizadas que han promovido dicotomías respecto a las personas consideradas “normales” y las “diferentes”, sin embargo hoy se han puesto en marcha espacios problematizadores de estas perspectivas.

A partir de ello y gracias a diversas luchas sociales se han construido instancias que han posibilitado la inserción de las personas con discapacidad en distintos ámbitos generando así espacios que permiten el acceso y goce de los derechos de dichas personas. Ahora bien, en este marco histórico, social y político que promueve mirar más allá de la deficiencia y aspira a una participación real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida cobra sentido preguntarse por la participación efectiva de estas personas en ámbitos que les incumben.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la presente tesis, se propone abordar el proceso de inclusión de las personas con discapacidad intelectual en la construcción y el desarrollo de sus tratamientos. Siguiendo este objetivo se decide tomar el centro de día Progresar como institución referente para reflexionar sobre las aristas implicadas en la inclusión.

Para ello se utiliza como herramienta de interpretación el concepto de fenómenos psicosociales, partiendo del hecho de que las relaciones que construimos y que componen la institución generan movimientos a partir de los cuales resulta el funcionamiento particular de cada establecimiento, esta lectura es posible desde un enfoque provisto por la psicología comunitaria.

Se presume entonces, que para que en una institución se lleve a cabo la inclusión de personas con discapacidad intelectual en la confección y puesta en marcha de sus planes terapéuticos, los profesionales que llevan a cabo los tratamientos, deben haber cuestionado y reflexionado sobre la discriminación vigente en distintos espacios comunes de labor.

A partir de lo expuesto, se plantea un recorrido teórico-práctico que brinda herramientas para reflexionar sobre la posibilidad que tienen las personas con discapacidad intelectual de participar en términos de elección y decisión sobre asuntos pertinentes a sus tratamientos. En los capítulos que suceden a continuación se intentará abordar dichas aristas.

Así, en el *primer capítulo*, se exponen las nociones fundamentales para comprender el paradigma actual de discapacidad. Se incluye en el mismo un recorrido histórico, los diversos modelos teóricos a través de los cuales se conceptualiza la discapacidad, la importancia de las terminologías utilizadas para referirse a estas personas y finalmente se realiza una breve conceptualización del marco normativo legal internacional y nacional que vela por los derechos de este colectivo.

En el *segundo capítulo*, se trabajan las nociones relevantes para comprender la situación de discapacidad como una construcción social, luego se realiza una caracterización de lo que se concibe como discapacidad intelectual o retraso mental, diferenciando a su vez entre patologías crónicas y agudas. Además, en el afán de seguir contextualizando la problemática se caracteriza a la institución donde se lleva a cabo la investigación y es por ello que se realiza una descripción sobre la modalidad de trabajo de los centros de día.

Durante el *tercer capítulo* se despliegan conceptos pertinentes para lograr reflexionar sobre aquello que se concibe bajo el término inclusión, así se desarrolla el paradigma de la diversidad y se realiza un recorrido por las lógicas anteriores, esto es, exclusión, segregación e integración. Para finalizar, se desarrolla el concepto de participación comunitaria en tanto acción que liga y genera movimientos activos, autónomos que facilitan vías propicias para la inclusión.

El *cuarto y último capítulo* despliega los aportes brindados por la Psicología Comunitaria, en tanto sub-disciplina que permite comprender aquellos procesos transversales a cualquier situación social y con efectos en lo emocional, cognitivo y conativo que se encuentran presentes en la inclusión.

A través de la *metodología* que expone alcances descriptivos y un diseño fenomenológico se da valor a las vivencias de los profesionales que conforman el equipo terapéutico del centro de día Progresar.

Así, mediante observaciones participantes y entrevistas semi-estructuradas se busca conocer el proceso de planificación y desarrollo de los tratamientos y la posibilidad de inclusión de las personas con discapacidad intelectual en los mismos.

En última instancia ubicamos las *conclusiones* correspondientes a la investigación desarrollada. La presente tesis resulta el puntapié para continuar reflexionando sobre aquello a lo que se alude cuando se escucha sobre actos inclusivos. Constituye además un instrumento para reflexionar sobre prácticas y tratos discriminatorios aún vigentes en la sociedad contemporánea. Se espera así, que estos desarrollos contribuyan al surgimiento de nuevas investigaciones que amplíen lo expuesto.



*Primera parte*  
*Marco Teórico*



## CAPÍTULO 1. PARADIGMA ACTUAL SOBRE DISCAPACIDAD

### 1.1 Introducción

El objetivo del presente capítulo es analizar el recorrido histórico, los modelos teóricos y la coexistencia de diversos paradigmas que promueven modos de interpretar, pensar y evaluar lo que hoy se concibe bajo el término discapacidad.

Dichos paradigmas suelen desembocar en la creación y posterior utilización de terminologías particulares que han ido variando histórica y contextualmente y que a su vez han dado lugar a diferentes concepciones de persona con discapacidad, influenciadas por diversas variables puestas en valor para cada sociedad y momento histórico-cultural.

Pensar en la concepción actual de discapacidad en nuestra sociedad implica, sin dudas, reflexionar sobre el arduo camino que estas personas han ido atravesando a lo largo de la historia, revisando destinos como: exclusión, discriminación, segregación e incluso asesinato.

Analizar el tinte social que actualmente se le otorga a la discapacidad desde un paradigma biopsicosocial, implica comprender que la situación atañe a un problema cultural influenciado por diversas barreras y procesos de marginación y discriminación por parte de las sociedades hacia aquellas personas que no alcanzan las condiciones de normalidad deseables para cada cultura.

Al asumir el fenómeno de la discapacidad como una cuestión primordial de derechos humanos surge la alternativa de realizar una inspección histórica de las diversas prácticas a las que fueron sometidas las personas con discapacidad y su consiguiente representación en modelos culturales para desenvolverse en la cotidianidad. Uno de ellos, el modelo social, dio fundamento al nacimiento de una nueva concepción sobre la discapacidad y su consecuente exposición legislativa.

### 1.2 Recorrido histórico

Para comenzar el análisis se torna indispensable señalar que a lo largo de la historia la situación de las personas con discapacidad ha ido variando, de modo que se pueden distinguir diferentes momentos, caracterizados consiguientemente por diversos conceptos de persona con discapacidad. Así, para comprender la situación actual en torno a la discapacidad la revisión histórica aparece como una herramienta que permite vislumbrar interacciones, enfoques, paradigmas, metodologías y tratos en relación a dichas personas.

Por ello, a lo largo de este apartado se realizará un breve análisis en torno a los diversos momentos correspondientes a la situación de las personas con discapacidad a

lo largo de la historia. El trayecto debe interpretarse siempre a modo de continuo, con la presencia de matices que confluyen en los procesos históricos.

### **PREHISTORIA-EDAD ANTIGUA**

Las primeras sociedades caracterizadas por realizar actividades nómades de sustentación concebían a las personas con discapacidad como un verdadero entorpecimiento, por lo que el abandono aparecía como una de las principales soluciones frente a la relación con estos miembros del grupo. Otros destinos también parecieron factibles a lo largo de esta época como formas de exclusión, así podían ser arrojados, amputados, torturados, golpeados e incluso asesinados.

Santofimio (2016) describe cómo en Grecia, las leyes de Licurgo dictaminaban que los niños recién nacidos que presentaran alguna debilidad o deformación tenían que ser arrojados desde lo alto del monte Taigeto. En consonancia con esta idea, en Roma los tratos abarcaban prácticas que iban desde la comercialización con fines de esclavitud hasta llegar al infanticidio.

Abundaba una concepción demonológica, maléfica o mítica que presidió buena parte de las culturas ancestrales, la pasividad combinada al rechazo y a la agresión constituían la principal respuesta hacia la persona con discapacidad en dicho momento histórico.

No obstante la preponderancia de este tipo de prácticas sociales, existían otras que involucraban otro tipo de tratos, de manera que negarlas implicaría invisibilizar matices sociales y contextuales presentes en la historia. Respecto a esto Santofimio (2016) explica que en Egipto las personas con malformaciones o anomalías eran apreciadas, ya que se las consideraba seres especiales que dedicaban su vida al servicio de los faraones. Continuando con esta idea específicamente en Mesoamérica, se les apreciaba como seres de adoración y se consideraba a las personas con discapacidad como divinidades.

### **EDAD MEDIA**

Corresponde a una época caracterizada por la influencia del cristianismo y un papel hegemónico por parte de la Iglesia que da lugar a la prohibición de una práctica hasta ese entonces normalizada como lo era el infanticidio. Al respecto, Santofimio (2016) explica que las personas con discapacidad en la Edad Media se enfrentaban a situaciones de ambivalencia ya que existían prácticas que iban desde la promulgación de leyes de protección hasta tratos de repulsión, pues se consideraban signo de pecaminosidad por ser producto de un supuesto castigo divino, llegando en algunos casos a convertirse en objetos de burla, repulsión, rechazo y lástima.

Di Nasso (2009, citado en Santofimio, 2016) explica cómo a las personas con discapacidad se las confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes, vagos o seres prostituidos. Incluso, en países como Francia se construyeron verdaderas

fortalezas y ciudades amuralladas en donde se escondían y segregaban a centenares de personas con discapacidad.

De modo que en aquel entonces eran tratados como verdaderos objetos de rechazo y persecución tanto civil como religiosa y en el mejor de los casos su destino terminaba siendo el encierro en asilos que los apartaba del resto de la sociedad. No obstante en ocasiones se les permitía mostrarse siempre persiguiendo fines recreativos, ya que se los consideraba objeto de risa en diversas exhibiciones o espectáculos.

Por esto mismo, se vuelve fundamental la construcción de instituciones específicas, países como Suiza, Francia e Inglaterra fueron pioneros en la creación de asilos de este tipo, con el objetivo manifiesto de cuidar y ocuparse de las personas que presentaban algún tipo de discapacidad. Al respecto, Santofimio (2016) puntualiza que en Inglaterra los hospitales estaban destinados a los infantes con discapacidades varias mientras que en Francia los asilos se especializaron en discapacidad visual.

Entonces con el surgimiento del cristianismo y al condenarse el infanticidio, cobran un papel principal las prácticas de marginación, sin embargo hacia la baja Edad Media y a raíz de la peste negra comienza a asociarse la discapacidad con pobreza y/o contagio, lo que sumado a las acusaciones de brujería, acaba por convertir dicha marginación en verdadera exclusión (Velarde Lizama, 2011).

## **MODERNIDAD**

Hitos como la invasión y conquista del continente americano o la reforma protestante que puso fin a la relativa unidad religiosa europea se tornan fundamentales ya que son parte de procesos de cambios socio histórico que van repercutiendo y transformando el recorrido y la concepción sobre discapacidad.

También la Revolución Francesa, en el año 1789, marca un cambio de rumbo en el trato hacia las personas que presentaban algún tipo de discapacidad, en la medida en que se crearon instituciones especializadas para vincularse con este sector de la sociedad. Es decir, que a finales del siglo XVIII y principios del XIX, bajo la idea de proteger a las personas “normales” de las “no normales” se optó por institucionalizarlas, con ello, como marca Sosa (2009) la persona con discapacidad es separada, segregada y discriminada del resto.

Esta situación continúa y se mantiene a lo largo del siglo XX, donde las personas con discapacidad aún son rechazadas y discriminadas. Al respecto, Sosa (2009) expresa que en este mismo siglo y durante la época nazi, las personas con discapacidad fueron otras de las víctimas del Holocausto. Asimismo, en Suecia, hasta mediados de los años 70 se esterilizaba a las personas con discapacidad sin su consentimiento violando por completo su capacidad de decisión y autonomía.

Como se ha intentado demostrar a lo largo del presente apartado, desde épocas antiguas las sociedades han asumido diferentes formas de vinculación respecto a las personas con discapacidad. Las prácticas desarrolladas han ido variando desde la eliminación física, pasando por el aislamiento o encierro, luego se optó por integrar y permitir el ingreso a espacios comunes, hasta llegar incluso a una propuesta superadora de las instancias anteriores que siguiendo a Velarde Lizama (2011) tiene que ver con que el foco pasa de lo individual a lo social.

Di Nasso (2009, citado en Santofimio, 2016) explica cómo el cambio de conciencia que implican estas nuevas prácticas se produjo cuando se empezó a reconocer que toda la sociedad posee responsabilidad sobre la población en condición de discapacidad.

Teniendo siempre en cuenta los fines de esta investigación se vuelve crucial sostener una mirada que contemple matices históricos, avances, retrocesos y cambios de paradigmas en relación a la concepción de discapacidad.

### **1.3 Paradigmas o modelos sobre discapacidad**

Atendiendo al apartado anterior se entiende que el tema de la discapacidad, así como las consecuentes estrategias de atención y tratamientos han estado sustentados por diferentes paradigmas sociales, dependiendo de la época y del contexto. Asimismo, se puede encontrar una relación directa entre los distintos modelos sostenidos por las sociedades y la configuración de términos concretos para expresarse en torno a la discapacidad.

A continuación y habiendo realizado previamente un breve recorrido histórico se presentaran tres modelos diversos siguiendo un patrón de ordenamiento cronológico, sin perder de vista que los cortes temporales son meras convenciones artificiales que no aíslan los sucesos, de modo que muchas veces los paradigmas o modelos se presentan de forma paralela influyendo conjuntamente en el tejido social.

Así, se describen tres paradigmas a fin de comprender las características esenciales y las implicancias con respecto a la discapacidad, teniendo en cuenta que los modelos o paradigmas no son mutuamente excluyentes y convergen a lo largo del tiempo.

#### **A- MODELO TRADICIONAL**

Este modelo se encuentra asociado a una visión animista vinculada al castigo divino o a la intervención del lo maligno en las personas. Dentro de este paradigma encontramos prácticas como el exterminio, la marginación, la segregación, la caridad, la lástima y el proteccionismo hacia las personas que se consideran “anormales”. Se

correlaciona con la época Antigua y se conoce también bajo el nombre de modelo de Prescindencia.

Este modelo se explica a partir de dos presupuestos base, uno relacionado con la causa de la discapacidad y otro con el rol del discapacitado en la sociedad, las causas en este caso tienen que ver con explicaciones religiosas como por ejemplo castigos divinos, la marca del pecado o una advertencia de los dioses.

Teniendo en cuenta el rol de la persona discapacitada, se parte de la idea de que nada tenían para ofrecer en torno a su utilidad eran improductivos y por lo tanto se convertían en una carga social (Palacios, 2008 citado en Alfaro Rojas, 2013). De modo que ya que las personas eran consideradas inútiles para la sociedad surgen coherentemente con esta premisa prácticas como la eugenesia, la marginación y el abandono con la intención explícita de exterminio.

Según el modelo tradicional o de prescindencia una persona nace con discapacidad a causa del destino o como castigo divino y estas ideas suponen que no se puede hacer nada para cambiar su suerte, por lo tanto, hay que aceptar pasivamente el hecho como un designio externo a la persona.

Es importante aclarar que dentro de este modelo pueden distinguirse a su vez dos especies de sub modelos. Por un lado, el eugenésico que podría ser situado a modo ilustrativo en la Antigüedad Clásica y por otro el sub modelo de marginación que fue característico de la Edad Media (Bariffi y Palacios, 2007) . Si se tiene en cuenta la perspectiva de derechos humanos, este modelo evidentemente es el que más se aleja de la misma, negando incluso el derecho a la vida de las personas con discapacidad.

## **B- MODELO MÉDICO**

Palacios (2008, citado en Velarde Lizama, 2011) menciona que el objetivo del presente modelo denominado médico es primordialmente curar a la persona discapacitada o bien modificar su conducta o síntomas con el fin de ocultar la diferencia y de ese modo lograr incorporarla a la sociedad. También se suele denominar paradigma Rehabilitador y surge fundamentalmente a raíz de la Primera Guerra Mundial.

Esta se convierte en un hito fundamental, ya que los millares de soldados mutilados durante la guerra por un lado y el auge de las leyes laborales por otro, modificaron la forma de comprender la discapacidad. Fue así cómo el modelo de Prescindencia pasó paulatinamente a ser sustituido por el modelo Médico o de Rehabilitación (Velarde Lizama, 2011).

En palabras de Bariffi y Palacios (2007):



Desde su filosofía se considera que las causas que dan origen a la discapacidad son científicas. Desde este modelo las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este paradigma es normalizar a las personas con discapacidad, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. (p.15)

Completando esta idea, Alfaro Rojas (2013) explica que desde este paradigma toda la atención ofrecida a las personas con discapacidad se enfoca en la recuperación de las deficiencias ya sean adquiridas o de nacimiento y éstas se consideran obstáculos para la efectiva inclusión en la vida social y laboral.

Las deficiencias, restricciones o pérdidas en la persona son el factor que determina y caracterizan la condición de discapacidad, las causas de la discapacidad dejan entonces de ser meramente religiosas y pasan a evaluarse desde una óptica médica científica, por lo que las personas dejan de considerarse inútiles para la sociedad siempre y cuando logren ser rehabilitadas. Por ello, las prácticas cambian en relación al modelo anterior, ahora el problema se concibe como una deficiencia biológica con causa científica que al conocerse no solo puede tratarse, sino también prevenirse.

Entonces, desde el modelo rehabilitador se piensa a la discapacidad exclusivamente como un atributo de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, accidente o condición de la salud que requiere cuidados médicos en forma de tratamiento individual. En consecuencia, las prácticas se encuentran encaminadas a conseguir una cura, una mejor adaptación de la persona o un cambio en su conducta manifiesta.

Una revisión de la bibliografía revela que las críticas hacia el modelo médico pueden resumirse en primer lugar en relación al impacto que genera en la persona el estigma que causa definirla únicamente por su enfermedad o desviación con respecto a la "norma", luego la institucionalización que causa el proceso de rehabilitación continua y por último el hecho de que la inserción social queda supeditada únicamente a una supuesta rehabilitación de la discapacidad. Al respecto Bariffi y Palacios (2007, 18) sostienen que "el pasaporte de la integración pasa a ser de este modo la desaparición, o mejor dicho el ocultamiento de la diferencia."

Es lógico entonces, que dicho modelo conciba a las personas con discapacidad como pacientes que carecen de capacidad y conocimientos para intervenir en su propia vida, delegando así estas acciones a los profesionales a cargo de su rehabilitación. Responde a un paradigma jerárquico y en relación a los derechos humanos, se les reconocen sólo aquellos básicos, es decir el derecho a la vida y a la salud, pero se les niegan otros tantos, igualmente importantes como por ejemplo el derecho a la libertad de elección.

En síntesis, puede afirmarse que se produce una especie de transición de la caridad medieval hacia la beneficencia estatal, caracterizada por una actitud paternalista que intenta eliminar o disminuir la enfermedad, centrada únicamente en la persona con discapacidad proporcionando tratamientos médicos de índole individual.

### **C- MODELO SOCIAL**

El presente modelo muestra avances en relación a los anteriores y su origen según Palacios (2008, citado en Velarde Lizama, 2011) puede remitirse a la década de los sesenta en Estados Unidos: momento donde Ed Roberts, un alumno con discapacidad severa, ingresó en la universidad de Berkeley California para estudiar Ciencias Políticas, este hecho constituyó un ejemplo a seguir para otras personas con discapacidad.

En la materia que nos ocupa, hubo un considerable refuerzo en el contexto de luchas por los derechos civiles de los años sesenta que fueron influenciando a las organizaciones de personas con discapacidad, promoviendo así, su autogestión en pos de luchar por sus derechos no reconocidos.

De esta manera, fue surgiendo un nuevo modelo que intenta cambiar la visión tradicional, ya no se abordaría a la discapacidad como una carencia de la persona que se debe remediar para así lograr la inserción, sino que se pasa a concebir las deficiencias como un producto social, resultado de las interacciones entre un individuo y su entorno. De este modo, su nivel de participación estará determinado en función de los facilitadores o de los obstáculos de los que disponga el medio particular.

Al considerar que las causas que están en el origen de la discapacidad son sociales, las prácticas no poseen matiz individual respecto de cada persona concreta "afectada," sino que más bien se dirigen a la sociedad en general. De ahí que, a diferencia del modelo médico que se asienta sobre la rehabilitación de las personas con discapacidad, el social ponga el énfasis en la rehabilitación de una sociedad (Pérez Bueno, 2010 citado en Velarde Lizama, 2011).

El modelo mencionado sostiene la idea de una sociedad diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas abarcando las diferencias e integrando la diversidad, de modo que en este paradigma se rescatan las capacidades en vez de acentuar las discapacidades. Al respecto, Bariffi y Palacios (2007, 19 ) expresan que "según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del fenómeno, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social".

En definitiva, puede forjarse un poderoso vínculo entre el modelo social y una perspectiva de la discapacidad centrada en los derechos humanos. Cobran de este modo importancia las concepciones sobre persona o sujeto y de esta forma los

derechos humanos se ubican como argumento necesario y oportuno para correr de los límites a la persona con discapacidad y reconocerlos dentro de la sociedad como actores sociales (Maldonado, 2013). Al respecto, Alfaro Rojas (2013) da cuenta de cómo la conceptualización de persona deviene de un “enfoque biopsicosocial y de derechos humanos, lo que apunta a mirar más allá de la deficiencia y aspira a una participación real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida en la sociedad” (p. 65).

Es importante resaltar, en este marco, a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), ésta se vuelve el primer instrumento jurídico internacional que supone un cambio de paradigma en actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad y que adhiere al modelo social en el marco de los derechos humanos. Por lo que en su preámbulo deja claro el posicionamiento en torno a la discapacidad, mencionando expresamente el término *interacción*: entre las personas con deficiencias y las barreras ocasionadas por la actitud y el entorno que evitan la participación plena y efectiva en la sociedad. El tema de la convención se tratará con mayor detalle, debido a su relevancia, en apartados siguientes.

Retornando al modelo social, éste se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social. En consonancia con esto Bariffi y Palacios (2007):

De este modo, el modelo anterior se centra en la rehabilitación o normalización de las personas con discapacidad, mientras que el modelo bajo análisis aboga por la rehabilitación o normalización de una sociedad, pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas. En términos generales, el tratamiento social del que son objeto las personas con discapacidad se basa en la búsqueda de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades. (p.22)

Para finalizar, se pretende aclarar que dicho modelo considera que absolutamente toda vida humana es igualmente digna y que aquello que las personas con discapacidad tienen para aportar a la sociedad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia por lo que se los considera como ciudadanos o ciudadanas activos en la vida política, económica y social de la comunidad, por lo que su opinión debe ser tenida en cuenta a la hora de elaborar políticas de inclusión. Parece claro el hecho de una evolución conceptual que nos lleva de la intervención sobrenatural a la aceptación plena e independiente del sujeto con limitaciones.

#### 1.4 Terminologías implementadas al referirse a las personas con discapacidad

A continuación, se dedica específicamente un apartado para analizar la importancia de las expresiones empleadas cotidianamente en nuestra sociedad para denominar a las personas con discapacidad, las cuales han ido modificándose congruentemente a los cambios de paradigmas ya mencionados. Claro está que las conceptualizaciones utilizadas por las sociedades no son ociosas debido a que orientan acciones y por ende los tratamientos de estas personas.

En este sentido, los vocablos utilizados para referirse a personas con discapacidades han tenido una constante evolución, Fernández Iglesias (2006, 19) expresa al respecto que “con el lenguaje se integra o se margina”.

Indirectamente y la gran mayoría de las veces ignorándolo se han equiparado a las personas con discapacidad con “anormales”, “subnormales”, “enfermos”, “defectuosos” “deficientes” o “raros” respectivamente. Así, Di Nasso (2009, citado en Santofimio, 2016) afirma que los apelativos para las personas con discapacidades se centraban en términos como “(...) enfermos, deformes, (...) apartados y marginados”.

Se observa como a lo largo de la historia las expresiones han ido modificándose, varios autores explicitan las terminologías utilizadas entre ellas encontramos : anormal, cojo, contrahecho, deficiente, deforme, demente , disminuido, idiota, imbecil, impedido, incapacitado, inútil, minusválido, loco , oligofrénico , etc. Además, este tipo de términos se han utilizado históricamente para insultar, ofender y denigrar siendo también sostenidos y promovidos por los medios de comunicación que inciden enormemente sobre la población.

Tomando en cuenta esta última idea se entiende que el individuo se encuentra en permanente interacción con sus semejantes y a partir de esta vinculación constante los sujetos construyen la sociedad y son construidos simultáneamente por ésta; de modo que la realidad cotidiana del tejido social se encuentra completamente influenciada y constituida a través de la comunicación.

Siguiendo esta línea de análisis se concibe que toda verdad adquiere su validez en el marco de la comunidad que la construye y la legitima como tal , así todo entendimiento de la realidad se construye, negocia y renegocia desde el lenguaje, como un juego discursivo (Gergen ,1997 citado en López Silva,2013). Es decir, que la verdad y la realidad parecen ser producto de intercambios y consensos sociales construidos a través del discurso social compartido, a partir de estas premisas es que se dedica en el presente apartado especial interés a la construcción de las terminologías que caracterizan a las personas con discapacidad.

Al respecto Fernández Iglesias (2006,19) explica que “todos los grupos sociales que han salido o están en proceso de salir de situaciones de desventaja social han tenido que empezar por modificar el lenguaje que les perjudicaba”.

Lo que se busca remarcar no es la importancia de las terminologías en sí sino las acciones a las que dan lugar los diferentes términos en el trato hacia las personas con discapacidad. Entonces, se vuelve importante el hecho de lograr explicitar la realidad, llamarla por su nombre y terminar con aquellas expresiones “suavizantes”, para lograr contribuir de una manera concreta y eficiente a la realidad de las personas con discapacidad (Pantano, 2007).

Gracias al rastreo bibliográfico se observa, a través del planteo de diversos autores, la intención y la necesidad de objetivar y mejorar las conceptualizaciones en orden a generar acciones que se conviertan en auténticos facilitadores de la calidad de vida y de la inclusión social de las personas con discapacidad.

Fernández Iglesias (2006) en relación a esto explica que:

El lenguaje peyorativo ha acompañado siempre a todos los colectivos discriminados de la sociedad: mujeres, homosexuales, gitanos, inmigrantes, personas sin hogar, personas con discapacidad, que han padecido la discriminación e incluso marginación, por parte de un sector de la población que se considera a sí mismo como “normal” y que utiliza un lenguaje despectivo, para referirse al colectivo objeto del comentario. (p.16)

Una autora argentina doctorada en sociología ofrece un análisis especial al respecto analizando diversas terminologías y develando así el origen y la intención detrás de los conceptos. Expresiones como “personas con capacidades diferentes” parecen estar culturalmente reservadas para designar siempre el defecto y no el exceso de capacidad. Reflexiona también, sobre el concepto “personas con necesidades especiales” que inevitablemente , según ella, nos remite a los lugares justamente especiales en donde puedan satisfacerse dichas necesidades apareciendo como resultado inherente el proceso de segregación (Pantano, 2007).

Analiza también el concepto de “personas con limitaciones”, término que busca demostrar que todos los individuos poseemos limitaciones, pero que a su vez parece un intento de homogeneización que percibe las diferencias con determinada liviandad. Para finalizar, (Pantano, 2007) propone el concepto “situación de discapacidad” ya que así se plantea un enfoque social y no individual, premisa básica sostenida por el modelo social.

A lo largo del presente apartado ha quedado claro que las personas con discapacidad representan un colectivo que exige respeto, de este modo el lenguaje aparece como uno de los caminos más directos para empezar a demostrárselos (Fernández Iglesias, 2006).

## 1.5 C.I.F (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud)

Habiendo referido anteriormente a la importancia que posee la estandarización de las terminologías en relación a la discapacidad, se hace indispensable reflexionar sobre la última versión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se replantea así el término discapacidad en sentido abarcativo, de modo que en la clasificación de la C.I.F, las personas no son unidades de clasificación, es decir dicho instrumento teórico no clasifica personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud o de dominios relacionados con la salud. Para la C.I.F (Organización de las Naciones Unidas, 2001) la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto o el entorno social.

Existió una clasificación previa denominada Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) presentada por la OMS en el año 1980, la misma ofrece en su cuerpo teórico definiciones operativas que hacen referencia a la discapacidad:

-La **enfermedad** es una *situación intrínseca* que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente (...)

- La **deficiencia** es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas). Operativamente remite a toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica y/o anatómica.

-La **discapacidad** es la objetivación de la deficiencia en el sujeto, con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género, etc.). De manera operativa es definida como toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.

-La **minusvalía** se define operativamente como una situación desventajosa para un individuo determinado consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales (Egea García y Sarabia Sánchez, 2001, pp.16-17).

En este marco la C.I.F constituye el resultado de un proceso de revisión de la clasificación de deficiencia, discapacidad y minusvalía (CIDDM, 1980). Se aprobó en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2001 y el objetivo principal que se propuso en la C.I.F (Organización de las Naciones Unidas, 2001) alude a “brindar

un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud” (p. 3).

Esta misión mejoraría la comunicación entre distintos profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y de la población en general, incluyendo sobre todo a las personas con discapacidades. Por ello, se torna central el concepto de *funcionamiento*, ya que de esta forma se prescinde de términos como “enfermedad” para adoptar en su lugar otros como “estado de salud”, que caracterizan mejor su finalidad y que además poseen una connotación positiva.

Por otro lado, la C.I.F se encuentra teóricamente basada en la integración de dos perspectivas ya mencionadas: la médica o biológica y la social, presentándose de esta forma como una instancia superadora. Esto puede observarse concretamente en la construcción de variables como la de factores contextuales, o en el remplazo del viejo esquema causal de la CDDM (clasificación de deficiencia, discapacidad y minusvalía) por un esquema de múltiples relaciones e interacciones entre sus áreas y dimensiones. Esto último se puede visualizar en el siguiente diagrama:

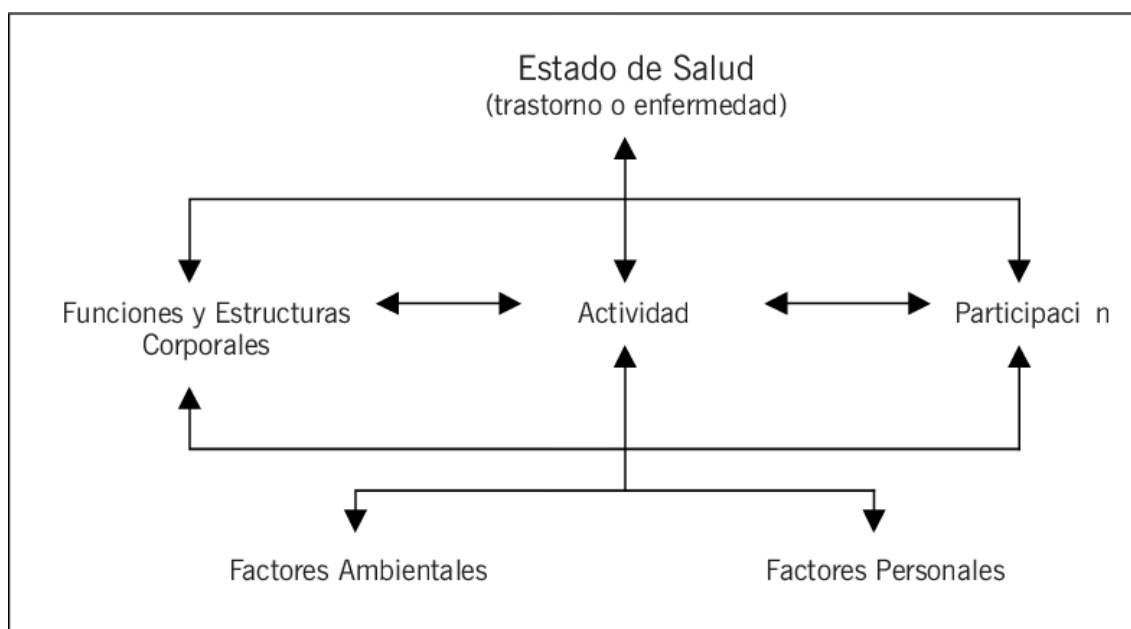


Figura 1. Componentes de la C.I.F (Egea García y Sarabia Sánchez, 2001, p.20)

Lo expuesto permite visibilizar el cambio al pasar de una clasificación centrada en las “consecuencias de enfermedades”, versión de 1980, a una clasificación de “componentes de salud”. Se podría pensar siguiendo a Stang Alva (2011) que se ha pasado de una concepción centrada en el déficit y en una mirada médica a una perspectiva más dinámica e integral.

Vázquez et al. (2001) realizan una recopilación de conceptos que forman parte de la estructura de la C.I.F:

- **Estados relacionados con la salud y dominios relacionados con la salud:** Un estado relacionado con la salud es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado dominio relacionado con la salud de la CIF. Los dominios relacionados con la salud son aquellas áreas de funcionamiento que, aun teniendo una fuerte relación con una condición de salud, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de las de otros sistemas que contribuyen al bienestar global.
- **Condición de salud** es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas.
- **Funcionamiento** es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).
- **Discapacidad y Minusvalía.** Durante el proceso de revisión de la CIDDM, mientras que el término minusvalía fue abandonado, se mantuvo el término discapacidad, aunque utilizándolo como término genérico para las tres perspectivas: corporal, individual y social. Por lo tanto, discapacidad persiste en la CIF como término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores.
- **Deficiencia** es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con anormalidad se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido.
- **Actividad** es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.
- **Participación** es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.
- **Factores Contextuales** son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los Factores Contextuales tienen dos componentes: Factores Ambientales y Factores Personales.



Los factores ambientales constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen diferentes relaciones, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes.

Por otro lado, los factores personales son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo, como por ejemplo la edad, el sexo, el nivel social, etc. Aunque no están actualmente clasificados en la CIF es posible que los usuarios puedan incorporarlos al aplicar la clasificación.

- **Capacidad** es un constructo que indica, como calificador, el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, en alguno de los dominios incluidos en Actividad y Participación. La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado, y por ello, refleja la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente. Se puede utilizar el componente Factores Ambientales para describir las características de este contexto/entorno uniforme o normalizado.

- **Desempeño/Realización** describe, como calificador, lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real, y de esta forma conlleva el aspecto de la participación de la persona en situaciones vitales. El contexto-entorno actual también se describe utilizando el componente de factores Ambientales (p.181-182).

Como puede apreciarse, a diferencia de la primera clasificación y con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque biopsicosocial que busca lograr una síntesis y proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones que hacen al proceso de salud de las personas. Esta clasificación se apoya a su vez en una identificación positiva de las capacidades humanas, midiendo la discapacidad como un continuo en función del grado en el que esa capacidad se encuentre limitada (Stang Alva ,2011).

De acuerdo a como viene siendo enmarcado el concepto de discapacidad, puede entenderse como un término técnico que resume un proceso que involucra a la persona con un estado de salud siempre en interacción con el contexto y que puede afectar la participación propia del funcionamiento humano. Al otorgarle importancia al contexto cobra relevancia la responsabilidad social en la construcción y mejoramiento de condiciones para el ejercicio de la plena ciudadanía, ya que se requiere de actuación y de responsabilidad colectiva para lograr modificaciones ambientales necesarias en pos de promover la participación plena de las personas en todas las áreas de la vida social.

La superación de viejos términos asociados a prejuicios en relación a la discapacidad facilita nuestras intervenciones sociales, amplía nuestras concepciones

sobre las personas, modifica nuestra visión del ser humano, valorando la diferencia y la diversidad y determina también el futuro de una convivencia en la que las personas no tengan que vivir excluidas.

Para finalizar, se resalta que el lenguaje es un factor básico en la construcción del pensamiento de una cultura y la forma de relacionarnos con las personas viene determinada por los términos empleados en la cotidianidad. De modo que las terminologías utilizadas no son neutrales e influyen sobre la manera de percibirnos, pudiendo fomentar prácticas inclusivas o exclusivas.

### **1.6 Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad – normativa legal nacional**

En el año 1987 se plantea por primera vez la posibilidad de elaborar una convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, luego trece años más tarde, se aprueba una propuesta del presidente de México, en el transcurso del debate general correspondiente a la sesión nro. 56 de la Asamblea General, en la que se propone el establecimiento de un “comité especial” a fines de analizar la posible elaboración de una convención específica sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Así se estableció como propósito de la CDPD (2006) lo siguiente: “Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Art. 1)

La convención reconoce en sus principios básicos el espíritu de la Declaración Universal de Derechos Humanos, como así también los pactos Internacionales de derechos humanos que proclaman que toda persona tiene aquellos derechos y libertades enunciados en esos instrumentos sin distinción de ninguna índole.

No es de menor importancia explicitar la concepción de discapacidad que sostiene la convención, en la misma se la reconoce como un concepto en constante evolución, que resulta de la interacción entre las personas. Declara a su vez, la diversidad y el valor de las contribuciones que las personas realizan al bienestar general sin pasar por alto su autonomía e independencia y reconociendo por supuesto la libertad que poseen a la hora de tomar sus propias decisiones.

Además en la CDPD (2006) se repudia cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Los principios generales de la CDPD (2006) apuntan a:

a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas

- b) La no discriminación
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas
- e) La igualdad de oportunidades
- f) La accesibilidad
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer. (Art.3)

De todo lo mencionado se desprende, por un lado, la promulgación del modelo social, al asumir que la discapacidad resulta de un proceso de interacción social, por lo que la CDPD no podría haber sido elaborada en el marco de un modelo únicamente tradicional o rehabilitador, por ello la transición paradigmática que se produjo al pasar de un modelo médico a uno social se plasma en el orden jurídico internacional. No cabe duda de que, desde el inicio de los debates, se decidió que el modelo filosófico que pretendería reflejar la convención asumiría un modelo social de discapacidad, desde la consideración del fenómeno como una cuestión de derechos humanos (Bariffi, Palacios, 2007).

Atendiendo a los principios centrales de este trabajo de investigación, se presta especial atención a lo planteado en relación a los servicios asistenciales o terapéuticos y a la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad. La CDPD (2006) promueve que: “las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación” ( Art. 19).

En Argentina la legislación contiene un amplio compendio de leyes en torno a la discapacidad, muchas son complementarias entre sí formando un conjunto integral de leyes, esto coincide con la iniciación del Decenio de los Discapacitados proclamado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Como antecesora de la ley 24.901 denominada formalmente “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” es preciso considerar a la ley 22.431: “Sistema de protección integral de los discapacitados” que expresa en su primer artículo:

Artículo 1° - Instituyese por la presente ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

El pasaje de una ley a otra, expresa jurídicamente hablando, la formalización del cambio de paradigma en relación a discapacidad ya que puede apreciarse la concepción social comunitaria de carácter preventivo que adquiere el ordenamiento jurídico.

Concretamente la ley 24.901 , sancionada el 5 de Noviembre 1997, denominada formalmente : Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad expresa que : “ Las personas con discapacidad afiliadas a obras sociales accederán a través de las mismas, por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.” (Art.11).

Continuando con esta línea de pensamiento dicha ley expresa también que: “Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social” (Art.15)

Para finalizar, en Argentina , se hace obligatoria la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a partir de su ratificación e incorporación a nuestro ordenamiento jurídico con la promulgación de la ley 26.378 que fue el día 6 de Junio de 2008. A partir de esto crece el marco jurídico que vela por los derechos de las personas con discapacidad.

## CAPÍTULO 2 . SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

### Y MODALIDAD CENTRO DE DÍA

#### 2.1 Introducción

Al haber realizado un recorrido por los diversos modelos de discapacidad, en el presente capítulo se procederá a definir y acotar la temática general, haciendo foco específicamente en lo que respecta a la discapacidad intelectual, denominada también retraso mental. Esto se realiza teniendo en cuenta que la institución elegida para llevar a cabo la investigación recibe a personas adultas que poseen un diagnóstico englobado dentro de lo que se concibe actualmente como discapacidad intelectual.

Además y priorizando la caracterización de la institución se ahondará en lo que respecta a la modalidad de trabajo denominada *centro de día* normativizada a lo largo de la ley 24.901 denominada: "Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad". Con ello además se describirá al equipo terapéutico de profesionales que conforman específicamente la muestra de este trabajo.

#### 2.2 Situación de discapacidad

Como se mencionó a lo largo del capítulo anterior, las terminologías utilizadas para referirse a las personas con discapacidad adquieren suma importancia ya que intervienen e influyen tanto en las acciones como en las decisiones políticas adoptadas por la sociedad para convivir en diversidad.

Esto pone de manifiesto que hacerse cargo de la "situación de discapacidad" conlleva un planteo abarcativo que supera la intención de ocuparse no solo y únicamente de la rehabilitación de las personas con discapacidad, ya que esto sería restarle importancia a la existencia de otras variables en un panorama complejo. Por esto, el objetivo tiene que ver con lograr comprender que la discapacidad configura justamente una situación que nos incumbe como sociedad y que resalta la interacción y vinculación de la persona con el entorno.

En relación a esto, son varios los autores que al momento de debatir sobre el tema resaltan la importancia de no caer en eufemismos, ni en intentos de suavizar términos ya que expresiones como: "personas con capacidades o necesidades especiales", "angelitos" o "discapacitados" terminan por generar actitudes de segregación y/o exclusión. La premisa entonces, sería poder trabajar sobre la realidad de la situación de discapacidad valorando las diferencias de una manera positiva, aceptando que las diferencias son inherentes a los seres humanos y que la problemática recae sobre las desigualdades que puedan generarse (Pantano, 2003).

Estas ideas dan pie a explicar cómo gracias al surgimiento del modelo social de la discapacidad y a la clarificación conceptual brindada por la C.I.F (Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud) se puede vislumbrar a la discapacidad como situación al otorgarle la relevancia necesaria a las características del entorno en donde las personas nacen y se desenvuelven en sus vidas. Entonces, el término situación amplía el panorama y resalta la importancia de factores contextuales que puedan resultar facilitadores o barreras en relación a las personas con discapacidad.

El concepto facilitador se utiliza para describir a todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento general de la persona. Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción. Por otro lado, las barreras u obstáculos son aquellos factores del entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan situación de discapacidad (CIF, 2001).

Al respecto Pantano (2003) explica que la deficiencia de la persona afectada expresa solo una parte de la situación de discapacidad, la resolución del problema implica tanto una adecuada rehabilitación como el hecho de contar con una sociedad que reconozca su participación e influencia en la situación de las personas, valorando positivamente la diferencia y trabajando para que no genere desigualdad de oportunidades.

En esta misma línea de pensamiento Demetrio Casado Perez (1987, citado en Pantano, 2003, 29) indica que "la sociedad, en efecto, no es solo el escenario en el que acontece el problema sino que es un personaje importante del drama. La sociedad discapacita, rehabilita, segrega y agrega. La sociedad, por ello, ha de ser objeto de intervenciones que la hagan cada vez menos agresiva y más accesible, menos áspera y más hospitalaria, menos normativa y más tierna".

Este planteo sirve para reflexionar sobre el papel activo que como sociedad tenemos al momento de ser parte de la situación de discapacidad sobretodo en instancias que generen lógicas de discriminación, exclusión o segregación. Así, el denominado modelo social surge al lograr poner en evidencia una situación de derechos que requería respaldo de un enfoque completo e integral que diera cuenta de los baches teóricos, metodológicos y éticos respecto a las personas con discapacidad.

Diversas disciplinas científicas pertinentes al área no escapan a esta transformación paradigmática, por ello se torna fundamental reflexionar sobre determinadas metodologías tradicionales, que fundamentalmente se han centrado en

la persona con discapacidad y su individualidad, evadiendo el contexto en que ésta se desenvuelve.

Al respecto (Alfaro Rojas, 2013) explica como este reciente impulso promueve el surgimiento de nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de los y las profesionales y por tanto, origina una nueva planificación y orientación de los sistemas de atención respaldado siempre en un modelo social que contemple una perspectiva holística al respecto. Teniendo esto en cuenta se torna crucial revisar específicamente el papel de los profesionales que trabajan con discapacidad a la luz de paradigmas como el médico rehabilitador.

Por otro lado, el modelo social como ya se ha mencionado anteriormente, trasciende la atención centrada exclusivamente en el sujeto considerado “deficiente” e incide en la población en general interpelando la responsabilidad que tenemos como participantes del entramado social. De esta manera, los profesionales deben asumir la misión de combatir las situaciones de exclusión que sufren a diario miles de personas con discapacidad, para ello es necesario interrogar prácticas y abordajes terapéuticos con tintes asistenciales y paternalistas que conciben a la discapacidad únicamente como un problema propio de la persona.

Al respecto Alfaro Rojas (2013,68) sostiene que “este tipo de abordaje, meramente clínico, no permitió percibir la discapacidad como un fenómeno integral determinado por una serie de condiciones del entorno dentro del cual la persona con discapacidad se desenvuelve”.

Al cuestionarse, desde esta nueva óptica, el papel de los profesionales se llega a la conclusión de que no se puede continuar sosteniendo y trabajando bajo un enfoque meramente tradicional centrado en la rehabilitación, ya que se torna indispensable que las intervenciones tengan en cuenta aspectos sociales , contextuales, culturales, ambientales y comunitarios.

### **2.3 Modalidad Centro de Día**

Teniendo en cuenta los planteos anteriores y a fin de contextualizar el presente trabajo de investigación se definirá a continuación lo que se denomina, en la provincia, como *Centro de Día* y que configura una metodología particular de labor prevista en el marco jurídico nacional.

Se nomina de esta manera, a todo aquel establecimiento que ofrezca un programa de atención diurna a personas que precisan apoyo para la realización de las actividades básicas y/o de la vida diaria. Se lo considera un recurso social que presta especial atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de las personas, promoviendo su autonomía e independencia respecto a su entorno habitual.

Entre sus principales objetivos los Centros de Día buscan generalmente: preservar y/o mejorar la funcionalidad del paciente y mantenerlo en su entorno propiciando el mayor grado de autonomía posible. A su vez, buscan evitar o retrasar el proceso de institucionalización y proporcionar apoyo social y asistencia a las familias mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras. Por último, en los centros de día suelen realizarse actividades orientadas a mejorar el bienestar psicofísico y social de los concurrentes, con el propósito de que permanezcan activos en relación a su medio promoviendo fundamentalmente proceso de inclusión social.

Teniendo en cuenta la propuesta jurídica enmarcada dentro de la ley 24.901 denominada “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” (1997), mencionada anteriormente, se presta especial atención al capítulo V donde concretamente se puntualizan los servicios específicos a brindar en relación a las prestaciones básicas a implementar para las personas en situación de discapacidad. Precisamente en su artículo 24 se hace énfasis en la modalidad *Centro de Día* y se plantea:

“Centro de día es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades” (Art.24)

Dicha ley reglamenta a su vez, que este tipo de instituciones, deben contar con un equipo de trabajo interdisciplinario que utilizando la metodología propia a cada disciplina logre establecer: diagnóstico psicofísico, situación socio familiar, programa de actividades y evaluación del plan de prestaciones. Para poder realizar esto deberá contar con la participación de las siguientes áreas: Servicio Social, Terapia Ocupacional, Psicología, Actividad Física y Servicios de Alimentación, Enfermería Administración y Traslado.

### **2.3.1 Centro de día Progresar**

Progresar es una Institución que ofrece un plan de tratamiento dirigido a personas con discapacidad mental moderada, severa o profunda que presenten patologías motrices asociadas (o no) de ambos sexos, desde los 14 hasta los 60 años de edad. El establecimiento tiende a recibir a personas que requieran potencializar su auto valimiento en actividades de la vida cotidiana.

La institución ofrece jornadas de atención dobles o simples, organizándose por lo general en grupos de trabajo lo más homogéneos posibles, teniendo en cuenta criterios como la edad, condiciones psicofísicas, capacidades cognitivas, intereses y actividades posibles a realizar. También llevan a cabo, aunque en menor medida,



terapias de atención individual en áreas específicas a trabajar según demande el caso de cada persona.

Dentro de sus servicios la institución cuenta actualmente con un grupo interdisciplinario integrado por profesionales de diversas áreas entre las cuales se encuentran: Psicología, Nutrición, Kinesiología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Enfermería y Trabajo social.

En su cotidianeidad realizan talleres grupales de educación física, cuentan con una liga adaptada de fútbol, sesiones de musicoterapia, taller de actividades de la vida diaria, clases de teatro, de danza, talleres de cocina, de habilidades sociales y de reciclaje.

A su vez, complementariamente se agregan otros dispositivos como el taller de hidroterapia, en verano, ya que desde la institución resaltan enfáticamente la importancia del mismo como herramienta de trabajo frente a diversos cuadros asociados entre ellos: traumatismos, enfermedades reumáticas, digestivas, respiratorias o neurológicas de varios de los concurrentes. A su vez, agregan dentro de sus actividades paseos educativos con el objetivo de fortalecer experiencias nuevas en ambientes variados.

Organizan también encuentros con otras instituciones, de manera mensual, con el objetivo de fortalecer vínculos tanto entre pares como no pares y buscan de esta forma , favorecer situaciones donde las personas pongan en prácticas las habilidades sociales adquiridas, acrecentando la asertividad. Realizan también festejos de cumpleaños, a fin de cada mes, con el objetivo de reforzar la orientación temporal, la identidad y autoestima, propiciando a la vez un espacio de recreación y ocio entre compañeros.

Como objetivo general la institución ofrece un espacio para que las personas logren mejorar progresivamente su calidad de vida, por medio de contención psicológica y potencialización de recursos con los cuales cuenta la persona, facilitando así prácticas participativas e inclusivas.

Los principios que sostienen y fundamentan la propuesta institucional se basan en las siguientes consideraciones:

- Valorar recursos de cada paciente, con el objetivo de potencializarlos, a través del establecimiento de vínculos saludables, empáticos y con abordajes terapéutico pertinentes.
- Integrar a la comunidad a las personas con discapacidad intelectual, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mismas, ofreciendo un contexto en el cual se sientan contenidos desde una perspectiva bio-psico-social.

- Considerar que la vida no es sólo adquisición de información y posibilidad de trabajo, sino que también es ocio, participación, experiencia y aprendizaje y que todos tienen derecho a la mejor calidad de vida, logrando que posean una identidad propia, se integren a un grupo de trabajo y de vida, se contacten y vivan sus frustraciones y alegrías, brindando como institución un rol continente y afectivo.

El Centro de Día tiende a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad mental y/o motriz, ofreciendo:

- Bienestar emocional y psicológico al crear un ambiente de empatía y respeto por parte del equipo terapéutico con el que cuenta la institución, para facilitar de esta manera la exteriorización de las emociones de los usuarios, acorde a su problemática específica.
- Establecer relaciones interpersonales al facilitar vínculos con pares, terapeutas, familia y grupos sociales.
- Brindar un ambiente edilicio apropiado a sus necesidades personales.
- Posibilitar el desarrollo personal por medio de la recreación, ocio y vivencias de la vida diaria.
- Realizar intervenciones destinadas al ejercicio de sus derechos de forma sinérgica, con el fin de que estos no se vean vulnerados, tanto para los usuarios como para sus familias o personas que estén a cargo de los mismos.

La metodología que rige el trabajo institucional solicita realizar evaluaciones trimestrales desde una perspectiva interdisciplinaria, identificando necesidades y recursos de los concurrentes. Además buscan integrar a las personas a un grupo pertinente, elaborando un programa de desarrollo terapéutico que contemple necesidades individuales y recursos personales.

A su vez como equipo de trabajo desean potencializar aprendizajes adquiridos en etapas previas y procuran mantener la autonomía e independencia funcional de los pacientes en áreas ocupacionales fomentando el buen uso de las actividades de la vida diaria (AVD).

Intentan además, promover habilidades de auto cuidado y actividades que impliquen la interacción social, tanto con el entorno como así con otras instituciones. Trabajan a su vez en pos de mejorar el uso de las funciones cognitivas básicas y superiores (atención, memoria, lenguaje comprensivo-expresivo y resolución de problemas) y estimulan hábitos saludables de ejercicio físico, alimentación e higiene.

Las condiciones de ingreso que establecen como requisito para ingresar a la institución son:

- Tener una discapacidad mental moderada, severa o profunda.
- Poseer algún código de comunicación que le permita expresar y comunicar necesidades e intereses.
- Cumplir un período de adaptación.
- Contar con un médico de cabecera.
- Ser evaluado por el equipo interdisciplinario de la Institución, con el objetivo de determinar su permanencia o no y su plan de tratamiento.
- El padre, tutor o representante legal deberá dar cumplimiento con las normas, condiciones y requisitos del centro.

En principio, la dirección y el equipo terapéutico realizan una entrevista de admisión con los padres y en lo posible con el paciente presente. Si el usuario corresponde al perfil institucional ,cumpliendo con los requisitos mencionados, se lo admite, sino se lo deriva a otra institución que se considere más adecuada a sus necesidades.

Una vez que el paciente ingresa al centro de día, cada profesional del equipo terapéutico realiza una evaluación correspondiente a cada área y así se determinan objetivos a trabajar en función de la necesidad del paciente. Esta metodología de trabajo coincide con lo pautado a lo largo de la ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” (1997) que dictamina, entre otras cosas, el proceder del equipo terapéutico que en estos casos debe realizar un diagnóstico funcional que plantee un funcionamiento integral y holístico de la persona, por eso mismo intervienen todas y cada una de las áreas de trabajo profesional.

A su vez la permanencia en el centro dependerá de:

- Que el perfil institucional responda a las necesidades del concurrente.
- Que el concurrente logre una adaptación institucional.

Las causas de egreso pueden ser por:

- Modificación de sus condiciones psicofísicas de forma tal que sea imposible su permanencia en el centro de día y requiera para su atención otro tipo de servicio especializado.
- Situaciones socio-familiares que escapen al control institucional
- Haber concretado la etapa de rehabilitación en la institución y deba ser derivado a otra modalidad, tal como indica el artículo 12 de la ley 24.901 (1997) que rige el funcionamiento de los Centro de Día:

“La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario. Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos. Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades. Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación.” (Art. 12)

Para finalizar, se aclara que tanto profesionales como talleristas y terapeutas del centro deben realizar un proyecto anual y planificaciones trimestrales especificando objetivos a cumplir y en función de estos , se plantean modificaciones que quedan registradas en cada legajo.

Finalmente, se realiza un informe por área trabajada en relación a cada concurrente e informes trimestrales grupales desde cada taller, los mismos son supervisados semanalmente por dirección y por profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario, según compete al taller, ya que se tiende a trabajar en forma complementaria.

## **2.4 Patologías crónicas y agudas**

Etimológicamente el término *crónico* proviene del griego «kronos» y significa tiempo, esta idea se expresa perfectamente en las definiciones que se le atribuyen al término como relato de acontecimientos en un orden o secuencia temporal, es decir, siguiendo un orden cronológico de hechos.

A su vez, el término *patología* proviene de la fusión de dos términos griegos, por un lado «phatos» que significa enfermedad y por otro «logos» que significa estudio, tratado o indagación, de donde se deduce que el concepto alude en general al estudio de las enfermedades o patologías.

En este caso tiene que ver con el análisis de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales, este estudio puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos ya sea el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico o el conductual, entre otros. También puede hacer referencia a la enfermedad o dolencia como tal, que es vivida o padecida por una persona, de este modo se entiende que la patología crónica implica una afección o dolencia prolongada y sostenida en el tiempo que va variando en fases y períodos.

La mayoría de la bibliografía consultada refiere categorizaciones producidas en el terreno de la medicina de donde se toman ciertos conceptos con el objetivo de ampliar y definir lo que se entiende bajo la noción de patologías crónicas. Éstas se caracterizan básicamente por ser trastornos o enfermedades de larga duración y por lo general de progresión o desarrollo lento, existen varias causas, tipos y cantidades diversas que pueden incluirse en este conjunto.

Este grupo incluye: patologías no transmisibles o transmisibles y persistentes, trastornos mentales a largo plazo y deficiencias físicas o estructurales entre otras. Al entrar en este terreno se hace preciso realizar una diferenciación entre los términos crónico y agudo : se determina como patología aguda a aquella que posee un inicio y un fin claramente definido , que además es de corta duración y por lo general su duración total se considera menor a tres meses, contrario a lo que se concibe como patología crónica que se define por prolongarse en el tiempo e ir alternando características según las fases.

Las patologías agudas se desarrollan rápidamente, además, suelen ser fácilmente diagnosticables y una vez que ocurre el diagnóstico y se instaura un tratamiento, estas suelen desaparecer si todo sale adecuadamente.

Por otro lado, las patologías crónicas se desarrollan durante varios años pudiendo tener períodos de agudización y en su mayoría no se curan salvo excepciones. Teniendo esto en cuenta, se entiende que el perfil profesional de quienes trabajan con este tipo de patologías debe permitir asignar recursos y diseñar estrategias que reduzcan la fragmentación de los equipos, mejore la accesibilidad e integre acciones de los distintos efectores y programas en pos del tratamiento (Laspiur y González, 2016).

Una de las características esenciales de las patologías crónicas tiene que ver con que configuran una situación que afecta no sólo a la persona que la padece, sino también a todas aquellas que tienen algún tipo de vínculo, desde sus cuidadores profesionales hasta sus familiares debido a que supone un cuadro que se sostiene a lo largo del tiempo y compete al entorno de la persona.

Uno de los recursos fundamentales, entendido como fuente de apoyo social con la que cuentan los pacientes crónicos , es la familia, que puede influir en el curso de la patología crónica teniendo una influencia positiva o negativa durante los diversos momentos del proceso (Ponce y Cols , 2007 citado en Vega y González, 2009).

En la sociedad actual existen cada vez más personas que poseen enfermedades crónicas y requieren cuidados compartidos entre cuidadores formales e informales, dentro de este grupo de patologías, la enfermedad mental, es quizá una de las más numerosas con estas características. Por lo general, el cuidado de una persona con problemas de salud mental supone un desgaste económico, psíquico y personal importante para aquellas personas responsables de su cuidado (Vega y González, 2009).

Por esto y teniendo en cuenta que la situación de dolencia se prolonga en el tiempo, se torna sumamente importante que los equipos de profesionales identifiquen normativas vigentes y programas nacionales y provinciales relacionados con las diferentes patologías crónicas, que se implementan en cada jurisdicción en pos de facilitar la atención de este grupo de personas. El sector del sistema de salud orientado a la atención de personas con patologías crónicas, debe promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar controles periódicos, ajustar tratamientos y fomentar el automanejo.

A continuación, se explicitan en el siguiente gráfico aquellas variables relevantes e intervinientes en el tratamiento de patologías crónicas. Éste ha sido elaborado según el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas denominado MAPEC (Laspiur y González, 2016) y desarrollado por la dirección de promoción de la salud y el programa Redes del Ministerio de Salud de la Nación:

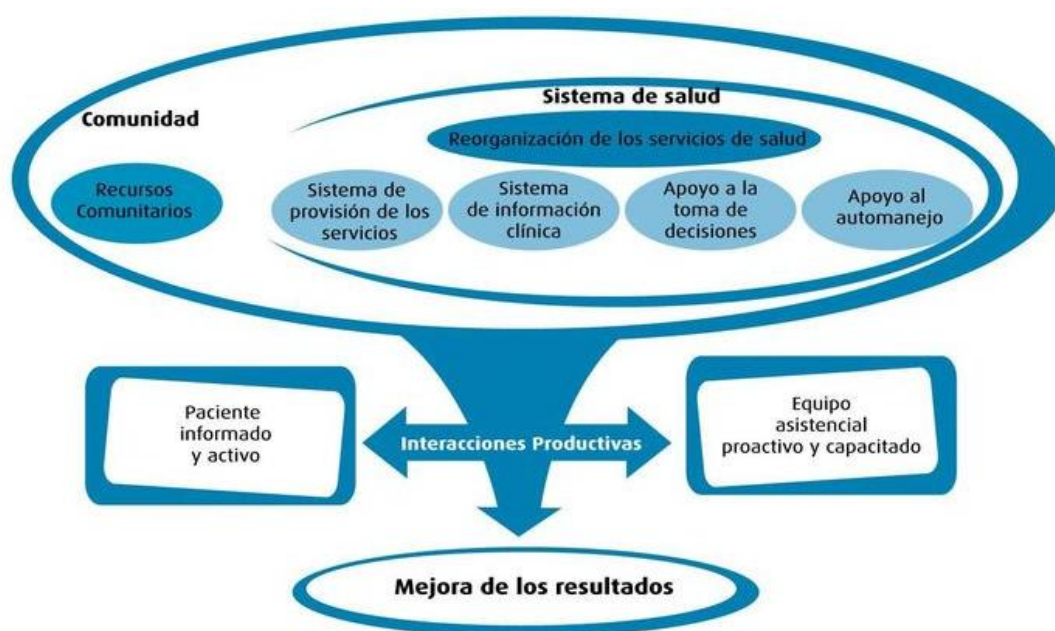


Figura 2: Organización Panamericana de la Salud (2012)

El gráfico anterior demuestra que la atención de personas con patologías crónicas requiere pasar de un modelo pasivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Se propone que el trabajo logre implementar un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de las personas con patologías crónicas y promueva la adherencia al tratamiento, incluyendo siempre su entorno. Este planteo encuentra similitudes con aquellas ideas propias al paradigma

social de la discapacidad mencionado en el primer capítulo, que resalta la importancia de un papel activo por parte de la persona y su entorno.

Las enfermedades crónicas son el desafío del siglo XXI y constituyen un problema de salud que requiere manejo durante varios años, estas patologías comparten cuestiones fundamentales como: ser persistentes a través del tiempo, requerir algún nivel de manejo de atención de salud, engendrar consecuencias económicas y sociales cada vez más significativas para las familias y la sociedad (Moiso, Mestorino y Ojeda, 2007).

Tomando esto en cuenta, se resalta la importancia del rol profesional de aquellos que en su labor trabajan cotidianamente con pacientes diagnosticados con este tipo de patologías. De modo que, para que los tratamientos resulten exitosos se hace indispensable un abordaje intersectorial e interdisciplinario que mejore la accesibilidad, disponibilidad y persistencia de los servicios.

En el siguiente apartado y teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación se prestará especial atención a la *discapacidad intelectual* como patología crónica, ya que configura una situación particular donde profesionales de la salud intervienen diariamente configurando planes terapéuticos en pos de reducir barreras y obstáculos relacionados con factores sociales y culturales. De modo que, los profesionales que se aboquen a la problemática de patologías crónicas, como lo es la discapacidad intelectual o mental, deberían desarrollar ciertas capacidades y poner en marcha estrategias que difieran notablemente de la situación que configuran aquellas patologías denominadas agudas.

## **2.5 ¿Discapacidad intelectual o retraso mental ?**

Tal como se expresó, el equipo terapéutico del centro de día Progresar, trabaja con pacientes diagnosticados bajo lo que se concibe como retraso mental o discapacidad intelectual-mental, que por sus características forma parte del conjunto mayor de patologías crónicas. Por ello, se procede a caracterizar y acotar el campo de la discapacidad intelectual con el objetivo de comprender las vicisitudes que deben afrontar día a día los profesionales de esta Institución.

Se realizará entonces, un pequeño recorrido abarcando definiciones existentes, implicancias, obstáculos y beneficios de los sistemas de clasificación vigentes en el campo de la discapacidad intelectual. El proceso de clasificación de las patologías refleja diversas perspectivas teóricas, creencias y objetivos de quienes han realizado dicha categorización.

El diagnóstico de *discapacidad intelectual* y los sistemas pertinentes de clasificación han constituido un tema fundamental para quienes intentan comprender el entramado de intervención en relación a este campo particular.

Dentro de la fenomenología de la discapacidad, el retraso mental, representa una situación particular que ha motivado la existencia de una larga tradición en el estudio del modelo científico que lo sustenta. La definición de retraso mental y su catalogación ha sido históricamente abordada por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (A.A.M.R.).

Es sabido que la A.A.M.R ha ido emitiendo diversas categorizaciones que se han ido transformando al incorporar nuevas consideraciones. Por ejemplo, en la cuarta clasificación se realiza por primera vez una distinción entre aquellas personas que nacen y crecen con una limitación intelectual y aquellas otras que, por causas diversas, devienen personas con limitaciones en el desempeño intelectual en el curso de sus vidas. Al respecto Landesman y Ramey indican que el retraso mental es en realidad una categoría diagnóstica definida arbitrariamente y que ha cambiado sustantiva y frecuentemente a lo largo de los años (1989, citado en Verdugo, 1994, 3).

Antes de adentrarse en el debate conceptual sobre lo que se concibe como retraso mental o discapacidad intelectual se torna indispensable clarificar y definir qué se entiende por *coeficiente intelectual (CI)* ya que aparece como un concepto central relacionado al el término de inteligencia, que a su vez, se vuelve un criterio fundamental en el diagnóstico final del retraso mental. El llamado coeficiente intelectual conocido también como cociente intelectual, es un número que resulta de la realización de una evaluación estandarizada que permite medir diversas habilidades cognitivas de una persona en relación con su grupo etario.

El punto de partida de las definiciones tradicionales sobre retraso mental proponía siempre al coeficiente intelectual como eje fundamental, además la aparición de los test de Inteligencia y su aplicación en la población, hacían de este parámetro el dato más objetivo en el que basar cualquier tipo de investigación, catalogando a la población en función de sus rendimientos intelectuales. Este primer enfoque tenía un tinte estadístico innegable, ya que la presencia del retraso mental se daba cuando existían dos desviaciones típicas por debajo de las consideradas como norma en la sociedad, esto correspondía aproximadamente a un CI de 70.

Entonces la concepción de retraso mental aparece como una categoría diagnóstica definida arbitrariamente que ha cambiando a lo largo de los años. Fue mutando y pasó de concebir causas orgánicas iniciales a percibir categorías diagnósticas exclusivamente psicométricas para ir avanzando lentamente hacia una concepción multidimensional del retraso mental que es la que se plasma en las últimas definiciones establecidas por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR).

Al realizar una revisión histórica pertinente se evidencia que en el año 1992 la AARM propuso una definición de retraso mental, en su novena edición, que supuso un cambio radical del paradigma tradicional, alejándose de una concepción del retraso mental como rasgo del individuo para plantear una concepción basada en la interacción de la persona y su contexto (Verdugo, 1994).



Al respecto Landesman y Ramey (1989, citado en Verdugo, 1994, 10) “recomiendan la desaparición del retraso mental como categoría diagnóstica clínica, para ser reemplazada por evaluaciones y descripciones que reflejen una visión más integrada de la historia ambiental biopsicosocial y de las competencias ordinarias de cognición, adaptación social y estatus emocional”.

Con el paso del tiempo el desempeño personal y la concepción de inteligencia ya no se ubican exclusivamente en un resultado o rendimiento frente a pruebas estandarizadas, sino que progresivamente se ha comenzado a tener en cuenta la capacidad personal de adaptarse a las condiciones que le impone el medio en que cada persona se desenvuelve. Además, el concepto de discapacidad intelectual otorga una base lógica e informativa para proporcionar apoyos individualizados debido a que se basa en un marco de referencia social que tiene en cuenta el entorno de la persona.

Por ello, la Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD, antes AAMR) recoge en su 11ª edición (2010) la siguiente definición de discapacidad intelectual:

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”.

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la A.P.A. en su 5ª edición (2015) define a la discapacidad intelectual dentro de los trastornos del neurodesarrollo, grupo de afecciones cuyo inicio se sitúa en el período de desarrollo (coincidiendo con la edad de origen planteada en su definición por la AAIDD) y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

La definición va acompañada de ciertas premisas que clarifican el concepto:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.

5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará (Verdugo y Schalock, 2010, pp. 12-13).

El DSM V (2015) se vuelve una herramienta diagnóstica para muchos profesionales ya que propone una clasificación del trastorno del desarrollo intelectual, en función de la gravedad medida según el funcionamiento adaptativo, debido a que éste es el que determina posteriormente el nivel de apoyos requeridos. La discapacidad intelectual equivale a lo que el DSM IV denominaba retraso mental, sin embargo contempla varias variables que hacen al cambio final en el concepto. El CI, en la quinta versión de dicha clasificación, ya no adquiere un papel fundamental ni restrictivo, se tiene en cuenta pero siempre a la luz de distintas áreas de funcionamiento como lo son: el área conceptual, social y práctica que determinan el nivel de severidad en relación a los apoyos a brindar.

El área conceptual incluye entre otras cosas: procesos de aprendizaje, habilidades académicas, habilidades como la escritura y la lectura, el control del tiempo y del dinero, el pensamiento abstracto y la consecuente planificación de hechos o acciones.

El área social hace referencia a las interacciones, a la comunicación y el diálogo, al lenguaje, a la regulación de las emociones y de la conducta en la vinculación con pares, al juicio social y comprensión de situaciones de riesgo, a los lazos familiares y amistosos, a la comprensión de claves sociales y de términos o códigos culturales.

Por último, el área práctica implica la posibilidad de realizar tareas cotidianas, la organización doméstica, el auto cuidado y el de los demás y alude también a la posibilidad de transportarse autónomamente entre otras cosas.

Sin perder de vista el cambio de paradigma en la clasificación del retraso mental, en lugar de establecer un sistema de clasificación basado en los niveles de inteligencia del sujeto (leve, moderado, grave y profundo) se propone un sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas.

De modo que mientras en definiciones anteriores se planteaba que junto al déficit en inteligencia debía existir un déficit en la conducta adaptativa, últimamente se habla de "limitaciones en dos o más áreas de habilidades de adaptación". Esas áreas se concretan en diez dominios o dimensiones de comportamientos diferentes: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

Teniendo esto en cuenta se pueden apreciar fuertes influencias de modelos ecológicos y sociales que acentúan el estudio del carácter interactivo del

comportamiento del individuo en su relación con ambientes concretos. Por esa razón se subraya el análisis específico de distintas áreas del comportamiento adaptativo, de ambientes y de los apoyos que en ellos necesita el individuo. De modo que esa medida cuantitativa ya no tendrá el peso determinante que tuvo en otros momentos y claramente no es la única herramienta existente para evaluar programas o soportes de las personas.

Los apoyos son recursos y estrategias que se utilizan con el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses, mediatizando así el funcionamiento individual. De modo que los servicios, por ejemplo, son el tipo de apoyo que se ofrece desde los equipos terapéuticos de profesionales o desde las diferentes instituciones. El funcionamiento individual es el resultado de la interacción entre los apoyos y las restantes dimensiones: habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacción, roles sociales, salud y contexto (García Alonso, 2005).

Lo que queda claro en las últimas definiciones brindadas sobre discapacidad intelectual es la importancia que poseen algunos conceptos claves para su entendimiento. En primer lugar, la presencia de limitaciones en el funcionamiento actual, que suelen manifestarse en la inteligencia social, práctica o conceptual y en habilidades diarias, luego que el funcionamiento intelectual sea significativamente inferior a la media. A su vez deben aparecer también limitaciones significativas en relación a las habilidades adaptativas, en por lo menos dos (2) áreas entre las que encontramos: comunicación, auto cuidado, salud y seguridad, habilidades académicas, tiempo libre y trabajo. Por último, varios autores coinciden en que la edad de aparición de la discapacidad intelectual no exceda los 18 años de edad.

Para finalizar, se retoma la idea de que el debate sobre cuál terminología es más adecuada para referirse a dicha población aún es motivo de discusión en ámbitos científicos y profesionales, por ello encontramos espacios en donde se sigue utilizando el diagnóstico de retraso mental.

La principal razón para sugerir un cambio en la terminología deriva del carácter peyorativo y estigmatizante atribuido al concepto de retraso mental que, además, reduce la comprensión de las personas con dificultades intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas.

El constructo discapacidad Intelectual se incluye dentro de un concepto más amplio como es el de discapacidad que ha surgido para enfatizar una perspectiva ecológica que se centra en la interacción persona-ambiente y reconoce que la aplicación sistemática de apoyos individualizados puede mejorar el funcionamiento humano.

## CAPÍTULO 3. LÓGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

### 3.1 Introducción

El concepto *inclusión* supone un término polisémico que la mayoría de las veces suele utilizarse erróneamente en múltiples contextos. Lo cierto es que abarca un proceso que interpela al entramado social, reclamando una actitud de apertura a la diversidad y a la superación de desigualdades. La lógica inclusiva entiende como primordial la participación activa de todas las personas ya que se torna fundamental para lograr posibles transformaciones sociales que promuevan sociedades justas y democráticas.

Un aspecto clave para situarse en el terreno de la inclusión tiene que ver con la efectiva participación de todas las personas en las diferentes esferas de la vida humana, sosteniendo la premisa central de que las diferencias son condición intrínseca de la naturaleza humana.

Por ello, en el presente capítulo se despliegan conceptos pertinentes para lograr reflexionar sobre diversas lógicas en torno a la discapacidad. Este trabajo entiende a la inclusión como un proceso que aloja diversas lógicas, matices y movimientos espiralados con avances y retrocesos, no tiene que ver con estrategias de calce del individuo “a normalizar” sino más bien con la transformación de estructuras, actitudes y sistemas a los que como sociedad estamos ya habituados. No solo se hará foco en los paradigmas y lógicas preliminares, sino también en el concepto de participación comunitaria que retroalimenta al término inclusión.

### 3.2 Paradigma de la diversidad

Para hablar de inclusión es necesario nombrar conceptos centrales tales como: normalización, igualdad, diversidad y diferencia. Sosa (2009) describe aquellos lugares segregados y definidos por el déficit, a los que las personas con discapacidad eran sometidas como cuerpos pensados desde la deficiencia. Formas de razonar, caminar y sentir diferente, señalan al individuo como responsable principal del problema y como culpable de ser diferente, ubicándolo en el terreno de una tragedia personal. Se trata entonces, agrega la autora, de una discriminación naturalizada, invisibilizada en lo social, que transitamos sin ser conscientes.

El planteo anterior no implica querer negar o invisibilizar las diferencias, al respecto Sosa (2009) advierte: “Se trata de (...) que éstas no se transformen en desigualdad que lleve a establecer relaciones asimétricas de poder” (p. 74).

La inclusión es una invitación, en palabras de Parés (2003), a pasar de la cultura de la normalidad, en la que hemos crecido y aprendido a mirar el mundo desde el lugar

de normal o anormal hacia la cultura de la diversidad en la que el mirar es distinto. Dos autores sostienen que “la discapacidad, entonces, no existiría si las personas nos reconociéramos en las diferencias, simplemente seríamos o somos seres diferentes” García Ruiz y Fernández Moreno (2005, 236).

Al respecto, Skliar (2005) expresa que la idea de normalidad se gesta para ordenar el desorden originado por la alteración de esa otra invención que denominamos anormalidad, el autor propone reflexionar sobre la existencia de una frontera que escinde aquellas miradas que continúan pensando que el problema está en la anormalidad de aquellas que hacen lo contrario, es decir, invierten el planteo considerando que el problema se origina en la concepción de normalidad.

El autor explica también que de este modo aquellos catalogados como diferentes obedecen a determinada construcción social, a una invención y terminan siendo un reflejo de un largo proceso que se suele llamarse diferencialismo. Éste tiene que ver con una actitud de separación y de disminución de algunos trazos, caminos e identidades en relación a la vasta generalidad de diferencias presentes en la vida humana (Skliar, 2005).

Se comprende entonces la vinculación directa entre conceptos como inclusión y diversidad que se retroalimentan constantemente, Skliar (2011) advierte que hay un abuso del término diversidad, siendo utilizado comúnmente para hacer alusión a un otro diverso que acaba por ser a fin de cuentas un desigual.

La construcción de la cultura de la diversidad, sugiere Sosa (2009), hace referencia a:

En principio una acción del conjunto social, teniendo en cuenta que, en el armado de los diferentes contextos aparece diversidad de culturas, donde el constante intercambio e interacción de las diferencias, instituyen espacios de heterogeneidad, entendiéndose como enriquecedora en dicha construcción. (p.76)

El punto central del paradigma de la diversidad, tiene que ver con concebir las diferencias como valor y no como defecto, en la diversidad ya no es el sujeto el diferente sino que las diferencias están en las relaciones que establecemos en el entramado social. Las personas con discapacidad, como miembros partícipes de la sociedad, reclaman su inclusión en términos de igualdad de oportunidades que las demás personas.

Para finalizar, dicho paradigma aparece ligado a un modelo que parte de una visión basada siempre en los derechos humanos, así el proceso de inclusión supone una transformación radical de viejos paradigmas priorizando un enfoque basado en la heterogeneidad ya que lo que se busca es manifestar que las diferencias son una condición intrínseca a la naturaleza humana.

Aún en la actualidad existe una tendencia a considerar la diferencia como aquello que se desvía de la norma, esta valoración negativa de las diferencias junto con los prejuicios producen procesos de exclusión y de discriminación, sin embargo también se han ido acrecentando las instancias problematizadoras que suponen una lectura crítica y reflexiva sobre aquello que aparece como lo dado o establecido y que resulta insatisfactorio o excluyente.

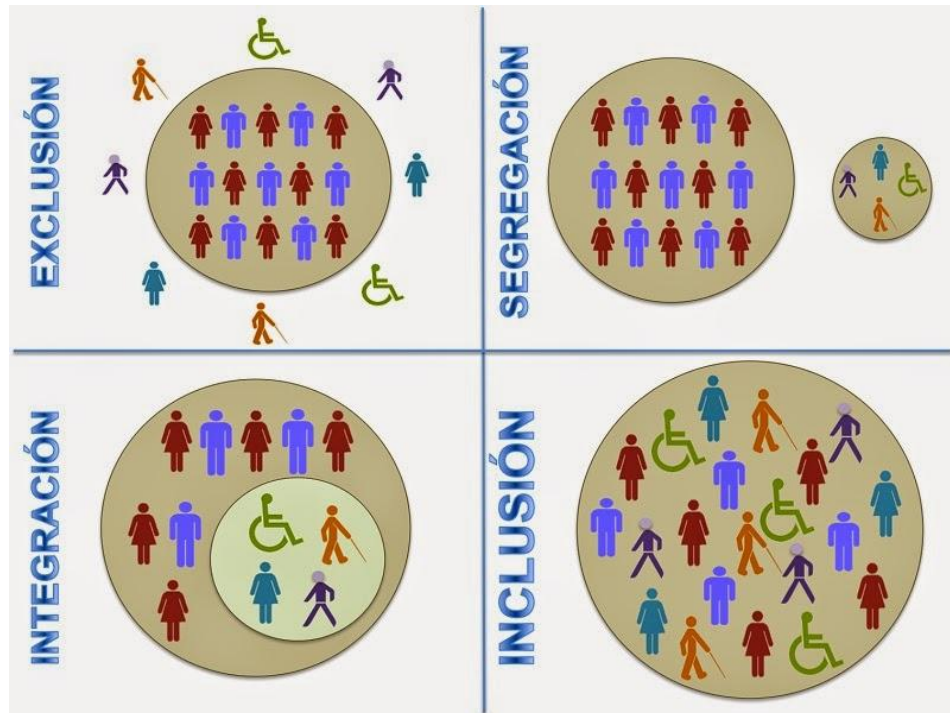
### **3.3 Lógicas en torno a la discapacidad**

Habiendo revisado conceptos fundamentales y teniendo en cuenta lo que plantea el paradigma de la diversidad, se expone a continuación una descripción de los paradigmas o lógicas previas a la inclusión.

“Los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, si bien la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 inicia textualmente de esta manera, el panorama actual evidencia que en nuestra sociedad hay miles de personas con discapacidad que no encuentran aún tutela para el cumplimiento efectivo de sus derechos.

Maldonado (2013) coincide con esta idea, explicando que, si bien los planteos están dirigidos a que las personas con discapacidad logren el cumplimiento efectivo de sus derechos en una sociedad dentro de la cual puedan desarrollarse libremente, concretando dignamente sus propios planes y proyectos de vida, la complejidad que la realidad atañe dificulta la plena realización de los mismos, obstaculizando su libre desenvolvimiento.

A lo largo de la historia se han configurado socialmente distintas lógicas que suponen diversas formas de comprender y encarar la participación de las personas con discapacidad en la sociedad. Las mismas se pueden observar, a modo de síntesis, en el siguiente cuadro:



*Figura 3: Lógicas en torno a la discapacidad*

Este panorama invita a repensar concepciones ya naturalizadas presentes en nuestra sociedad que dificultan el pleno ejercicio de derechos de las personas. La historia que nos constituye ha configurado modalidades de pensar y actuar características de cada época, dando lugar a diversas actitudes, acciones y terminologías para nominar a las personas con discapacidad, poder ser consciente de las mismas permite ser propulsor de transformaciones sociales.

### **3.3.1 Lógica de exclusión**

Históricamente las sociedades han creado mecanismos para excluir y relegar a las personas que presentan algún tipo de discapacidad, pero a la vez, en este espacio distante se les ha otorgado un estatus ligado a lo raro, extraño, diferente o diverso y como consecuencia se han creado espacios orientados a la asistencia y caridad de estas personas.

Una definición de exclusión social brindada por Saavedra (2001) indica que es la separación del individuo de la sociedad, que trae como consecuencia el aislamiento del mismo dentro de ella y una no participación dentro de su entorno social.

Son varios los autores que teorizan el fenómeno de la exclusión, que claro está, no corresponde a una preocupación actual y novedosa, la mayoría coincide en caracterizar un movimiento de separación o debilitamiento en los vínculos respecto al entramado social. Ya en las primeras sociedades, diversas prácticas reflejaban actitudes características de la exclusión, Santofimio (2016) describe el abandono, el

infanticidio y la esclavitud, como destinos de aquella persona que presentase algún tipo de debilidad o deformación que su grupo social considerase indeseable e improductivo.

El concepto, en su origen, ha surgido principalmente para utilizarse en relación a problemáticas sociales que serían consecuencia de reestructuraciones económicas, de cambios tecnológicos y de procesos de globalización mundial. Al respecto Saavedra (2001) explica que el término exclusión ha sido utilizado para referirse al fenómeno de desintegración social que genera un rompimiento en las relaciones, donde parte de la población está dentro y la otra por fuera.

Un autor hace hincapié en la idea de que la exclusión implica diversas formas de manifestación, entre estas variantes encontramos en primer lugar la exclusión económica que tiene que ver con la privación o con el no acceso a los bienes básicos y servicios, luego el acceso desigual al mercado de trabajo y a la protección social y una tercera y última forma de exclusión caracterizada por la privación de mecanismos participativos y el acceso desigual a los derechos humanos, políticos y civiles (Saavedra, 2001).

Teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo de investigación se resalta la importancia de la última forma de exclusión caracterizada por la interferencia en la participación y el acceso desigual a los derechos. Así, se entiende la importancia que adquiere el hecho de encontrarse desvinculado en cuanto a la participación en los procesos que conciernen a la propia vida, tal es el caso de la construcción y desarrollo de los propios tratamientos terapéuticos.

Una de las posibles razones para apartar a las personas con discapacidad, sobretodo en sociedades caracterizadas por poner en valor la producción y el capital económico, es que éstas no resultarían funcionales a los ideales dominantes de cada época. Al respecto Ferreira (2008) explica que la discapacidad es un fenómeno social y no se trata solamente de un problema médico que afecte de manera aislada a determinados individuos, sino de un colectivo estructuralmente condenado a la marginación por la incapacidad de adaptación a sus necesidades en relación a la sociedad en la que viven.

Rosa Castejón (2014) da cuenta de que en el proceso de exclusión no existe siquiera clasificación, solo diferencias que impiden un mínimo de cohesión social, de este modo los excluidos no pueden encontrar similitudes en sus iguales, ya que solo son personas fuera del sistema social.

Entonces, la exclusión puede ser definida como aquella imposibilidad de acceder al entramado social, como sujeto partícipe del mismo, implicando desigualdad y ausencia de reconocimiento, tiene que ver con un proceso de apartamiento de los ámbitos sociales propios de la comunidad en la que se vive, lo que genera efectos en las personas tales como pérdida de autonomía e independencia.



Hoy en día en nuestras sociedades, aún existen medidas de carácter normativo que insisten en fomentar prácticas asistenciales que niegan a sus receptores el derecho a decidir sobre sus necesidades, se trata de imposiciones sobre personas que se supone carecen de capacidad de control y decisión respecto a sus propias vidas. Este tipo de políticas asistenciales y de suministro de ayudas externas, surge como resultado de la concepción que se tiene de la discapacidad como situación de dependencia e incapacidad de lograr autonomía (Ferreira, 2008).

Esta lógica de funcionamiento social respecto a las personas con discapacidad se traduce en marginación, opresión y exclusión. Nosotros como ciudadanos, nuestras instituciones, nuestros valores, nuestras costumbres y creencias rechazan la integración de lo diverso y segrega catalogando con el rango de inferioridad. Entonces, la importancia radica en reconocer la existencia de un colectivo con pleno derecho a una vida en igualdad de condiciones, al reconocimiento y a la creación de un entorno sin barreras tanto a nivel práctico como en términos culturales e ideológicos.

A partir de lo desarrollado se podría sintetizar que las distintas formas que adquiere la exclusión mantienen según lo planteado por Vélaz de Medrano (2002, citado en Sandoval Mena et. al., 2012) un proceso de apartamiento de los ámbitos sociales propios de la comunidad en la que se vive, lo que genera efectos en las personas o colectivo “excluido”, como una pérdida de participación en la sociedad de la que forma parte.

### **3.3.2 Lógica de segregación**

La lógica de la segregación se sitúa históricamente en la Edad Media y en la Época Moderna respectivamente. Ahora bien la discriminación, la desigualdad y la agresión son características de este período que dieron lugar a prácticas violentas y de maltrato hacia la persona considerada deficiente. Debido a esta ideología y como solución a la inminente vinculación con las personas con discapacidad se originan instituciones especializadas para las personas que presentasen alguna disfuncionalidad y sean consideradas anormales.

Las clasificaciones que ubican al normal en el centro y al anormal en la periferia dan lugar a categorizaciones peyorativas utilizando como criterio fundamental una supuesta normalidad, que se convierte en la base y origen de la segregación. Es decir, tomando a Parés (2003) el que se encuentra en el centro es visto como normal y el que es ubicado en el margen o fuera de él como distinto.

La bibliografía consultada muestra numerosas referencias al mecanismo de segregación particularmente en ámbitos pedagógicos o educativos, que se utilizan a fin de ampliar el concepto. Así en el ámbito escolar, se pasó de la marginación inicial que da lugar a lo que se conoce como educación especial, pero notando la segregación que este tipo de metodologías generaban se pasó a propiciar la integración de las personas en ambientes menos restrictivos, lo que finalmente da lugar, en la actualidad, al incipiente proceso de Inclusión educativa, laboral y social de los individuos, basándose en lograr modificaciones ambientales y contextuales, proceso

que acaba conduciendo a un paradigma de: apoyos, autodeterminación y búsqueda de la calidad de vida (Verdugo Alonso, 2016).

Lo que sucede con el tipo de lógica denominada segregativa es que las escuelas o en su defecto las instituciones se convierten en el cajón de sastre que recibe a todas aquellas personas que el entramado social rechaza, se comprende de este modo que el proceso de segregación implica clasificación y categorización, que no permite resolver eficazmente la situación de las personas con discapacidad.

La Real Academia Española (2014) refiere a dicha acción en la definición de segregación: “Del lat. *Segregare*; separar o apartar algo o a alguien de otra u otras cosas; separar y marginar a una persona o a un grupo de personas por motivos sociales, políticos o culturales”.

Dicha lógica encuentra numerosos resabios en la actualidad, sin embargo se encuentran presentes otras superadoras, que promueven la inclusión en la sociedad, como miembro partícipe, autónomo e independiente. De modo que esto permite considerar que las diversas lógicas se encuentran coexistiendo espiraladamente en la cotidianidad, presentando avances y retrocesos simultáneamente.

### **3.3.3 Lógica de integración**

El proceso denominado integración aparece en sus comienzos ligado al término normalización aproximadamente en la década de los sesenta. El principio de normalización, proveniente de los países escandinavos y fue desarrollado concretamente por Wolfensberger en Estados Unidos. El autor creía que la normalización permitía establecer y mantener conductas y características personales tan culturalmente normativas como fuera posible.

Wolfensberger (1972, citado en Sosa, 2009) funda como estrategia el principio de normalización, definiéndolo como: “la utilización de medios tan normativos como sea posible, de acuerdo a cada cultura, para conseguir o mantener conductas o características personales tan cercanas a las normas culturales del medio donde vive la persona” (p.66).

De este modo, según Sosa (2009), el principio de normalización plantea disminuir aspectos diferenciales de las personas con discapacidad y realzar las similitudes con las que no tienen discapacidad, en cuanto a sus condiciones de vida. Se le objeta a la lógica de la integración su similitud con el modelo rehabilitador, ya que hay una clara intención de normalizar, acoplar, acomodar a las personas a los diversos sistemas sociales existentes.

Sosa (2009) afirma que bajo esta lógica continúa una perspectiva individual de la discapacidad: “es el sujeto con discapacidad quien tiene que asimilar y adaptarse a la sociedad, centrandose en un desafío propio la superación del déficit” (p.67).

No obstante ello, el principio de integración supuso un avance significativo en el campo de la atención a la diversidad, pues su planteamiento inicial buscaba que la persona con discapacidad formase parte activa del entorno que les rodeaba.

Además se suele hacer alusión a diversos órdenes en relación a la integración, de modo que puede hablarse por ejemplo de integración física al disminuir distancias, de integración funcional cuando se exprese que la persona con discapacidad hace uso de medios y recursos al igual que cualquier otra persona, también se nombra la integración social al hablar de avances en términos de comunicación y en relaciones afectivas y por último la integración societal al establecer que la persona hace uso efectivo de los mismos derechos y oportunidades. (Sosa, 2009)

De cualquier modo la premisa principal sigue siendo específicamente que quien se encuentre en una situación de discapacidad se acomode y adapte al sistema tal como funciona habitualmente. El hecho de considerar al proceso de integración como la mera presencia en contextos sociales compartidos, sería negar la capacidad de participación y decisión que las personas con discapacidad poseen.

Siguiendo esta línea de pensamiento Colmenero (2015) define la integración en relación al escenario educativo, designándola como: “un proceso por el cual se habilita al niño con necesidades educativas especiales a maximizar sus oportunidades, potenciales y logros personales, en sus familias, escuelas y resto de la comunidad” (p. 6).

El movimiento de la integración, como se ha explicado, ha tenido fuertes repercusiones en ámbitos escolares y es desde allí que se toman conceptos útiles a los fines de esta investigación. La lógica de la integración no ha logrado alterar los sistemas educativos de forma significativa y en general se ha transferido el modelo de atención propio de la educación especial a las escuelas comunes, centrándose más en la atención individualizada de estos alumnos: programas individuales, estrategias y materiales diferenciados, pasando por alto aquellos factores del contexto educativo y de la enseñanza que limitan la participación y el aprendizaje no sólo de los niños y jóvenes integrados, sino de todo el alumnado, esto último sienta las bases para comenzar a pensar en lógicas inclusivas.

### **¿Integración o Inclusión?**

La revisión de la bibliografía pertinente da cuenta de una recurrente utilización de estos conceptos como sinónimos, de manera que en numerosas ocasiones se emplean indistintamente. Dicha confusión da lugar a reflexionar sobre las diferencias que poseen los términos, partiendo de la base de que cada uno cuenta con características singulares que lo definen, aunque se retroalimenten constantemente.

Los debates actuales en torno a la relación o a la diferencia entre integración e inclusión, se plantean en términos de distinción entre paradigmas. Por supuesto que el debate surge en su mayoría al adentrarse en el ámbito educativo en donde se ha promovido un pasaje del paradigma de la integración que supone a niños, niñas y

jóvenes como portadores de necesidades educativas especiales, al paradigma de la inclusión que, por el contrario, se corre de la perspectiva sobre las necesidades especiales para dar cuenta de los derechos que todas las personas poseen.

Es importante aclarar que el foco de la inclusión es más amplio que el de la integración, ya que está relacionado con el acceso, la participación y los logros de todos los estudiantes, con especial énfasis en aquellos que están en riesgo de ser excluidos o marginados; como por ejemplo, minorías étnicas, religiosas, sexuales, mujeres en situación de violencia, niños en situación de calle, personas con discapacidad, entre otros (Blanco, 2006).

Además, el concepto de integración es cuestionado en la actualidad por exaltar el déficit , por ello se utiliza en su lugar el término inclusión para explicar tanto las intervenciones como las acciones que se deben acentuar en el medio para garantizar los derechos de todas las personas.

Por esto, los autores hablan de un cambio de paradigma, haciendo alusión a una transformación en la forma de intervenir en las prácticas en relación a las personas con discapacidad. Al respecto Sinisi (2010) expresa que “cambiar” de paradigma no conlleva en absoluto un cambio en las prácticas y procesos de exclusión que se documentan a diario en las instituciones y en la sociedad en general y el poder cambiar estas prácticas requiere, en primer lugar antes que nada, visibilizarlas y reconocerlas.

Desde una lógica inclusiva ya no son los grupos admitidos quienes se tienen que adaptar a la escolarización y enseñanza disponible, sino que por el contrario éstas se adaptan a sus necesidades para facilitar su plena participación y aprendizaje (Blanco, 2006).

Una posible distinción entre los paradigmas mencionados tiene que ver con que la lógica de la inclusión supone dejar atrás una actitud asistencialista, pues esta produce segregación , ya que los colectivos que se incorporan, se ven obligados a adaptarse a las condiciones disponibles, independientemente de sus capacidades.

Para finalizar , se aclara que la distinción fundamental se encuentra en el foco, así la integración sigue centrándose en el individuo y en los potenciales cambios o modificaciones que posibiliten su adaptación al medio ya establecido, mientras que la inclusión propone reflexionar en conjunto en pos de modificar estructuras sociales determinadas en el entorno. En relación a esto Verdugo Alonso (2003) menciona que a diferencia de lo ocurrido con las experiencias de integración, la enseñanza inclusiva se adapta los alumnos y no éstos a la enseñanza, es decir, no se trata de entrenar a la persona para que se integre a estructuras ya existentes.

### **.3.4 Lógica de inclusión**

Teniendo en cuenta lo desarrollado, se explica a continuación cómo el proceso de inclusión supone un recorrido que cuestiona lógicas previas y aparece como una instancia superadora al motivar una reivindicación de los derechos humanos y al fomentar la problematización de paradigmas discriminadores.

Hasta aquí las lógicas anteriores denotan una clara perspectiva individual, pero siguiendo un paradigma inclusivo, el acento recae sobre lo social, por las condiciones ineficaces del contexto. La inclusión, alude a un principio social y político que se genera a partir de la idea de que todos los ciudadanos del mundo tienen derecho a participar en todos los contextos y situaciones importantes para sus vidas y tienen derecho a buscar libremente sus señas de identidad en la vida.

El Manual da media legal (2002, citado en Meléndez Labrador, 2016) brinda una perspectiva respecto a lo que es la inclusión:

Significa la inserción total e incondicional, exige rupturas en los sistemas y transformaciones profundas, comprende que los cambios benefician a toda y cualquier persona, pues la sociedad es la que se adapta para atender las necesidades de las personas con discapacidad y de paso las de todos, no quiere disfrazar las limitaciones porque ellas son reales, entonces, a partir de la certeza de que todos somos diferentes, reconoce la existencia de personas con discapacidad y no personas especiales o excepcionales (...) habla de inclusión como un adjetivo utilizado cuando se busca la calidad para todos: personas con discapacidad o sin ella. (p.32)

En consonancia con esto, Sosa (2009) resalta la intención de aprovechar las posibilidades del entorno, con sus necesarias modificaciones, permitiendo establecer diferentes soportes técnicos (sonoros, físicos, visuales, corporales, etc.) hacia un sujeto que antes permanecía aislado.

Por otro lado, Saleh (2005) plantea una serie de características que hacen a la definición del concepto de inclusión:

1. La inclusión es un proceso: No un evento particular de un momento dado, implica una búsqueda constante de comprensión y respuesta a la diversidad social. Se trata de aceptar las diferencias que nos constituyen y construir con ellas.
2. La inclusión requiere la identificación y eliminación de las distintas barreras existentes a la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad.

3. La inclusión es un aprendizaje y una construcción en conjunto, implica igualdad de oportunidades, trabajo en conjunto. Está vinculada, según Ainscow (2004), con la presencia, participación y los logros de todos los estudiantes: “El término *presencia* está asociado con el lugar donde los niños se educan (...), *participación* se relaciona con la calidad de las experiencias vividas (...) y *logros* sobre los resultados de aprendizaje a lo largo del currículo” (p. 12).
4. La inclusión implica la transformación de sistemas y estructuras acordes a la diversidad social. Es decir, ya no es la persona la que tiene que adaptarse a un sistema existente.

De lo mencionado anteriormente se desprende la idea de que dicho concepto no pretende negar las diferencias inherentes a la condición humana, sino que implica velar para que éstas no desemboquen en desigualdades y relaciones asimétricas de poder. Algunos trabajos de investigación demuestran que es posible avanzar en términos de inclusión social, en la medida en que se logren identificar los factores asociados a la exclusión y a la vez diseñar propuestas que busquen su solución (Alvarado, Moreno, Rodríguez, 2009).

Por otro lado, el concepto de *apoyo* se encuentra asociado al concepto de “ajuste razonable”, definido por la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006):

Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (Art. 2)

Se concluye sintetizando que la preocupación central de la inclusión es transformar prácticas destinadas a atender a la diversidad de necesidades, intereses y motivaciones de los miembros de la sociedad.

### **3.4 Participación comunitaria e inclusión**

Al consultar la bibliografía relativa se comprueba que son varios los autores que delimitan conceptualmente el término *participación comunitaria*. En el marco del presente trabajo de investigación, dicho concepto se acuña desde un paradigma comunitario, por ello se definirá y caracterizará tomando principalmente aportes realizados por Maritza Montero, exponente principal de la psicología social comunitaria, complementándose a su vez con contribuciones de otros autores pertinentes.

Debido a la importancia que ha adquirido en los últimos años el debate en relación al acceso igualitario frente a los derechos por parte de las personas con discapacidad, es que en el presente capítulo se aborda la relación entre lo que se entiende como participación y el concepto de lógicas inclusivas, al respecto Saleh (2005) añade que la participación debe y tiene que considerarse un derecho y no un privilegio.

Al definir el concepto de participación comunitaria se presentan dificultades que tienen que ver con la variedad de conceptualizaciones coexistentes al respecto, por ello la revisión de la literatura ha permitido concluir que trata de un término amplio, equívoco y bajo el cual se agrupan fenómenos heterogéneos, por esto mismo se torna una idea imprecisa que debe delimitarse para lograr su comprensión.

La mayoría de los autores acuden a su etimología en el afán de lograr explicar el concepto, así por lo general se define haciendo alusión a la acción de ser parte de algo, además hay una clara preponderancia del ámbito político en las definiciones ya que por lo general se asocia el término al principio de soberanía popular o a conceptos como: autonomía, cooperación, decisión y elección (De Miguel, 1988 citado en Aguilar, 2001).

Al respecto Montero (2004) explica que el término participar refiere por lo general a diversas acciones tales como: tomar parte, tener parte, ser parte, hacer, poseer, transformar y ser en un movimiento que va constantemente de lo colectivo a lo individual y viceversa. En correspondencia con esto Aguilar (2001) establece una analogía y cita al ámbito matemático para explicar que la participación, en este campo, para ser efectiva requiere mínimo de dos conjuntos y de cierta interacción entre ellos, pero sin perder lo propio que define a cada conjunto.

Un aspecto relevante de la participación comunitaria es que liga a las personas con el entramado social del cual forman parte, les otorga un papel activo, autónomo e independiente que acentúa la posibilidad de decidir sobre diversas actividades de la vida humana, en este sentido la participación aparece como antítesis de lógicas exclusivas o segregativas ya mencionadas.

A su vez, Aguilar (2001, 32) sostuvo que “para poder hablar de participación, es preciso, además que las personas sean capaces de tomar decisiones relativas al tema que las afecta”, tomando como referencia esta idea adquiere sentido reflexionar sobre la posibilidad de participación de las personas con discapacidad intelectual, al momento de elegir y tomar decisiones respecto a sus propios tratamientos. Por otro lado Fals Borda (1986, citado en Cea Madrid, 2015, 84) indica que “participar es la ruptura voluntaria y vivencial de la relación asimétrica de sumisión y dependencia implícita en la relación sujeto-objeto”.

Ahora bien, la mayoría de las veces la posibilidad de efectuar la participación no depende específicamente de la persona en sí y de lo que pueda ofrecer, sino bien con

las posibilidades que la comunidad o el entorno plantee para que aquello ofrecido pueda ser canalizado. De este modo, por lo general, se terminan por constituir barreras sociales y arquitectónicas, que obstaculizan la participación plena de las personas con discapacidad, se concluye entonces que las posibilidades de participación estarían definidas cultural e históricamente (Sosa, 2009).

Estudios recientes afirman que las perspectivas y orientaciones para mejorar y fortalecer los servicios de salud mental en clave de derechos, adquieren un matiz distinto y un significado particular si se considera la visión de las personas que han recibido atención de salud mental en la organización de sus planes terapéuticos (Cohen, 2008 citado en Cea Madrid, 2015). Junto con ello, diversas áreas de investigación académica han sostenido que los usuarios(as), y ex usuarios(as) deben ser reconocidos como interlocutores válidos en el campo de la salud y sus contribuciones consideradas significativas para elaborar un plan terapéutico a seguir desde un enfoque de derechos.

Un estudio realizado en Chile da cuenta que los usuarios de servicios de salud mental presentan una marcada tendencia a realizar evaluaciones más negativas de la atención, en términos de calidad y derechos, en comparación con sus familiares y los profesionales que forman parte de los equipos de salud. Esta investigación ha descrito los ámbitos de respeto de derechos con menor nivel de cumplimiento, entre los que se encuentran la falta de control de las personas con discapacidad sobre sus planes de recuperación (Cea Madrid, 2015).

Teniendo esto en cuenta se entiende cómo el movimiento que proclama la inclusión está ligado desde sus orígenes al paradigma de derechos humanos, a la justicia y a la igualdad de oportunidades, en una situación mundial en donde los procesos de exclusión y marginación configuran constructos sociales predominantes.

En definitiva, la inclusión no plantea otra cosa que un modelo dirigido a la mejora en la calidad de vida, no discriminatoria, participativa y que sobretodo considera a la heterogeneidad como factor de enriquecimiento.

A partir de esto queda claro que un aspecto clave del proceso de inclusión, tiene que ver con conseguir la participación, de todas las personas, en las diferentes esferas de la vida humana, considerando que estas tienen mayores posibilidades de desarrollarse si tienen la oportunidad de participar en distintas actividades de la vida humana.

Dentro del campo de la psicología comunitaria se ha hecho alusión a la importancia que la participación adquiere para los grupos o comunidades, Montero (2004) alude al concepto de *fortalecimiento* como una de las nociones más relevantes, también conocido como *potenciación* o situándose en un terreno anglosajón como *empowerment*.



El psicólogo estadounidense Julian Rappaport, acuña el neologismo *empowerment*, logrando ofrecer una definición en la cual lo caracteriza como el proceso mediante el cual personas o comunidades potencian la capacidad de controlar o dominar sus propias vidas y el manejo de asuntos de su interés, para lo cual es necesario crear las condiciones que faciliten ese fortalecimiento (Rappaport, 1987, citado en Montero, 2004).

Esta última definición invita a reflexionar sobre la importancia que adquiere la participación al momento de decidir sobre aspectos relevantes de la propia vida, en el marco de este trabajo, se enfatiza la importancia de la participación en términos de decisión y elección de asuntos inherentes a los tratamientos de las personas con discapacidad intelectual, de modo que la participación implica una vinculación entre profesionales y usuarios del centro de día.

A su vez resalta el hecho de que las condiciones, para lograr una participación efectiva de las personas, deben ser facilitadas en los ámbitos donde se desenvuelven y esto implica un rol activo por parte de la sociedad que posee responsabilidad formando parte del proceso que posibilita el fortalecimiento de las personas.

Además de enfatizar la posibilidad de desarrollar conjuntamente capacidades y recursos para controlar la propia situación de vida, deja entre ver que la acción no implica que un agente externo intervenga para otorgar fuerza o recursos a los miembros débiles de ese grupo, sino que es un proceso que realizan las comunidades a fin de lograr transformaciones dirigidas al bienestar colectivo y a la superación de relaciones de opresión o sumisión (Montero, 2003).

De lograrse la participación y el proceso de fortalecimiento comunitario permiten que se produzca lo que se denomina sentido de ser en relación con el mundo, esto es, la ruptura de la sensación y percepción de aislamiento, soledad, abandono y falta de sentido del yo y el nosotros en el mundo (Kieffer, 1982 citado en Montero, 2004). Al respecto Merino (1995, citado en Guillen, Sáenz, Badii y Castillo, 2009, 180) indica que “participar significa que la gente sea capaz de estar activamente presente en los procesos de toma de decisiones que atañen a lo colectivo”.

Respecto a la participación activa de las personas en lo que respecta sus tratamientos Cea Madrid (2015) señala que:

Promover la participación comunitaria al margen de los intereses de la institucionalidad, como espacios de diálogo y fortalecimiento colectivo, bajo los principios de la solidaridad grupal y el apoyo mutuo, es una tarea primordial para que la voz de la comunidad de usuarios sea reconocida y valorada, en un contexto en que la ideología psiquiátrica invalidante les ha excluido de la participación en los asuntos públicos debido a que no serían capaces de ocuparse de ellos. A su vez, favorecer dichas instancias de colaboración y

encuentro requiere ampliar la participación de los usuarios más allá del rol de “paciente”, considerando estrategias para la redistribución de recursos económicos, el desempeño de roles sociales significativos y la producción de valor social(p.7).

Ahora bien, tanto el éxito como el fracaso en los mecanismos de participación comunitaria sobre todo en relación al campo de la salud, están asociados a múltiples factores como son: el sector sanitario, la comunidad, la administración y/o el contexto general social. Se entiende entonces que la motivación por parte de los profesionales con los que se relaciona la comunidad se vuelva un aspecto clave para promover procesos participativos de los mismos y no brindar servicios o tratamientos basados en prácticas asistenciales (Aguilar, 2001).

Revisando la literatura sobre el tema, encontramos dos potenciales posiciones ante la posibilidad de generar espacios participativos, están quienes apoyan la inclusión de la participación en los programas y quienes por el contrario rechazan este tipo de prácticas.

Por lo general, dentro de la posición favorable hacia la participación de los usuarios en programas de salud encontramos dos concepciones básicas: en primer lugar quienes celebran los efectos democratizadores que genera sobre la comunidad y por otro lado las consecuencias favorables en términos de acceso a mayores posibilidades de éxito en los tratamientos. Continuando con esta idea, la participación comunitaria se concibe como una forma de resolución de problemas de salud que, al ser autogestora, fomenta en la comunidad autosuficiencia e independencia, aumentando su nivel de autonomía e inclusión.

Así, el argumento más utilizado señala que ante el fracaso de los programas diseñados e implementados sin tomar en cuenta a la comunidad, la participación comunitaria es una opción que garantiza mayor efectividad ya que el éxito de los programas depende de que la comunidad los sienta como algo propio.

Por otro lado, otro gran grupo representa el enfoque de aquellos que rechazan la posibilidad de generar prácticas participativas en salud, aquí también encontramos distintos argumentos al respecto. En primer lugar, en esta línea se encuentran fundamentalmente quienes interpretan a la participación comunitaria como una excusa para manipular política y socialmente a la comunidad por parte de algunos pocos.

Por lo general, diversos autores, al referirse al tema no lo hacen en términos polarizados sino que expresan la existencia de niveles de participación plasmados en diversos grados posibles, al respecto Aguilar (2001) explica la importancia de elaborar un encuadre conceptual que aloje matices y niveles de participación. La misma autora explica al respecto que en el ámbito de la salud la participación puede expresarse por ejemplo en acciones como: la evaluación y/o control de los servicios de salud o bien en

relación a la posibilidad de planificar y tomar decisiones en relación a los servicios de salud.

Dichos niveles se manifiestan en un continuum gradual que consiste en ir conquistando progresivamente mayores niveles de autonomía y decisión , Aguilar (2001) lleva a cabo diversas experiencias de investigación en distintas poblaciones heterogéneas, aunque siempre en ámbitos de salud, que luego somete a análisis y comparación, logra de este modo elaborar un constructo teórico que se divide en diversos niveles de participación que denomina: nula, baja, restringida, moderada, significativa y por último amplia.

El primer nivel refleja una actividad asistencial por parte de los agentes de salud hacia los miembros de la comunidad, incitando siempre al trabajo individual y a la recepción pasiva de los servicios. A medida que se avanza en los niveles la participación comienza conquistarse mayor actividad por parte de los implicados, potenciando el trabajo grupal y la toma de decisión (Aguilar, 2001).

En esta línea de pensamiento Miranda (2008, citado en Cea Madrid, 2015,81) ha señalado que “según la perspectiva de los profesionales y equipos de salud mental, la participación de las familias y/o de agentes comunitarios en los tratamientos es uno de los más importantes criterios orientadores de la atención de salud mental en contextos de salud pública”.

Las metodologías participativas debieran tender a la democratización del saber, en base al reconocimiento mutuo en una tarea colectiva, esto implica una superación de la figura de la etiqueta diagnóstica que mantiene a las personas resignadas y sometidas a la autoridad psiquiátrica, una superación de la condición de infantilización y pasividad que legitima situaciones de exclusión social incluso más allá del box de atención clínica, sino que en la casa, en el barrio, en la familia o al interior de su subjetividad, efecto de una sociedad profundamente desigual y segregadora (Cea Madrid, 2015). Para finalizar, la siguiente figura sintetiza el funcionamiento de las lógicas en torno a la discapacidad junto al mecanismo de participación:

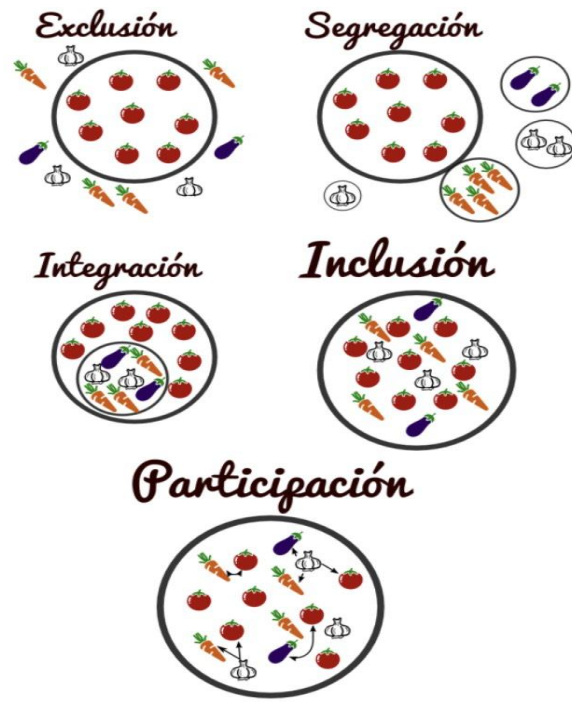


Figura 4: Lógicas en torno a la discapacidad y participación

## CAPÍTULO 4. PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y PROCESOS PSICOSOCIALES

### 4.1 Introducción

La importancia de los procesos psicosociales reside en la influencia que ejercen sobre las personas constituyentes de una comunidad, además una lectura realizada a la luz de los fenómenos psicosociales evidencia la relevancia que poseen tanto como posibilitadores así como mantenedores del cambio social.

Por ello, en el presente capítulo el objetivo será abordar dichos fenómenos psicosociales de manera individual y específica, buscando precisar sus características, esto se realizará desde un paradigma psicológico comunitario. De este modo, al precisar su conceptualización se identificarán y en lo posible describirán los fenómenos psicosociales intervinientes en los procesos de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos por parte de los profesionales que conforman el equipo terapéutico de un centro de día.

### 4.2 Psicología Comunitaria

#### 4.2.1 Orígenes

La psicología comunitaria o social comunitaria se caracteriza por ser una de las subdisciplinas más recientes dentro de la psicología, su origen se vincula específicamente a un momento de crisis y transformación que lleva a varias disciplinas a repensarse críticamente y a evaluar su carácter científico.

Montero (2006) menciona que no hay una clara diferenciación entre términos como psicología comunitaria, utilizado mayormente en Norteamérica y psicología social comunitaria común de escuchar en América Latina, la autora prefiere personalmente utilizar genéricamente la expresión psicología comunitaria.

Ésta surge a nivel mundial en un contexto de crisis del modelo tradicional de las ciencias sociales y humanas, específicamente durante los años cincuenta y sesenta, debido a que el énfasis positivista ponía en tela de juicio a este tipo de ciencias, emerge casi al mismo tiempo que el llamado "nuevo paradigma", poco tiempo después conocido en las ciencias naturales y sociales como *paradigma relativista cuántico*.

Puede decirse entonces que la psicología comunitaria es una manifestación de ese paradigma que se venía gestando desde fines del siglo XIX y que pasa a ocupar un lugar relevante a partir de los años ochenta del siglo XX. Varios autores coinciden en la idea de que al comienzo en su construcción hubo vaguedad e impresión en el afán de elaborar una definición tentativa, teniendo en cuenta que la intención inicial estaba puesta en caracterizar aquello que no la conformaba. De modo que esta imprecisión podría ser una de las posibles causas por las que dicha rama de la psicología se confundiera fácilmente con otros campos de aplicación ya existentes.

Es importante destacar el carácter complejo que caracteriza a esta subdisciplina al haber surgido de la fusión de diferentes ramas de la psicología y al nutrirse de la articulación de saberes sociológicos, culturales, políticos y sociales. Al respecto Montero (2010) explica que si algo distingue a la psicología social hecha en la América denominada Latina, ha sido siempre su inclinación hacia una actitud crítica.

El carácter crítico refiere a la capacidad de reconocer que los objetos, sean materiales o intelectuales y también las personas, no poseen una sustancia inmutable, pues por el contrario son complejos. La etimología de la palabra *crítica* proviene del griego *krisis*, que indica la posibilidad de elegir entre varias alternativas de ser, de una situación o cosa, en este sentido la actividad crítica en la psicología social, al introducir la duda, permite develar otras posibilidades (Montero, 2010).

Al respecto Fernández Christlieb (2003, citado en Montero, 2010,7) indica que “dicho carácter complejo tiene que ver con determinada posición en relación a la búsqueda de conocimiento que revela diferentes perspectivas y abre nuestro entendimiento hacia nuevas interpretaciones y facetas de los eventos. Nos priva de nuestras herramientas habituales induciéndonos a crear otras nuevas”.

Actualmente existen varias maneras de concebir la psicología comunitaria que por lo general resaltan el carácter grupal, entre ellas Montero (2010) la define como:

Rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. (p.71)

Es importante aclarar que la psicología comunitaria, busca realizar en *su hacer con la comunidad*, de este modo marca una diferencia en relación al carácter asistencialista de otras prácticas con las que se la suele confundir fácilmente.

De este modo si se pasa por alto el rol activo y participativo que tienen los miembros de la comunidad, se convierten en intervenciones o aplicaciones psicológicas hacia la comunidad, ubicadas en este territorio pero dejando de lado el trabajo comunitario por un cambio de perspectiva en el método, en el rol y en la actitud.

De modo que el énfasis en lo individual, la visión del sujeto pasivo y meramente receptor, difícilmente permitiesen hacer un aporte efectivo a la solución de problemas urgentes en las sociedades. Sería preciso examinar el surgimiento de la psicología comunitaria haciendo una distinción en dos contextos particulares: Estados Unidos y América Latina.

### **Estados Unidos:**

Surge como respuesta a la insatisfacción respecto a los marcos conceptuales de salud mental centrados principalmente en el modelo médico hegemónico, de la crítica al énfasis en la psicoterapia individual, de la escasa consideración de la influencia del contexto social y por último de las dificultades en cuanto a accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población en general.

El escenario social de los años sesenta , particularmente en este contexto, estaba atravesado por la lucha por los derechos civiles y humanos, las protestas por la Guerra de Vietnam, las crisis urbanas, la guerra en contra de la pobreza, los arrestos y demostraciones de inconformidad estudiantil, que generaban constantes debates por problemas sociales. El origen se atribuye formalmente a la realización de un congreso denominado “Conference on the Education of Psychologists for Community Mental Health” realizado en Mayo de 1965 convocado por psicólogos sociales, clínicos y escolares en Swampscott, Massachusetts.

### **En América Latina:**

Surge aproximadamente en los años setenta, como búsqueda de una psicología inserta en la realidad del continente, orientada a la comprensión de los procesos de cambio social y al trabajo con las consecuencias psicosociales que generaban las condiciones de subdesarrollo.

El reto era enfrentar los problemas sociales de una realidad muy concreta el subdesarrollo y sus consecuencias sobre la conducta de los individuos y grupos. Problemas concretos vistos en su relación contextual y no como abstracciones de signo negativo o como situaciones a extraer para mantener sistemas aparentemente homeostáticos y equilibrados.

En América Latina con un claro adelanto metodológico, desde fines de la década del 50 se venían realizando aislada y silenciosamente desarrollos comunitarios interdisciplinarios, en los cuales estaban presentes todas las características que veinte años después pasan a definir a la Psicología Comunitaria, al igual que una particular estrategia metodológica basada en la investigación acción, orientada hacia el cambio social y la concientización (Montero , 1984).De modo que el inicio de la psicología comunitaria se caracteriza en la mayoría de los países latinoamericanos por definirse más como una práctica que como una nueva rama de la psicología.

El origen tiene que ver también con una disconformidad hacia una psicología social que se situaba, predominantemente, bajo el signo del individualismo y que no daba respuesta a los problemas sociales concretos. Puede decirse, entonces, que es una psicología que surge a partir del vacío provocado por el carácter eminentemente subjetivista de la psicología social psicológica (Striker, 1983 citado en Montero, 2004).

Los aspectos que marcaron a la psicología comunitaria en sus inicios (Montero, 1994) fueron fundamentalmente: la búsqueda de teorías, métodos y prácticas que permitiesen hacer una psicología que contribuyese a aportar soluciones a los problemas urgentes que afectaban a las sociedades latinoamericanas, por otro lado la carencia de una definición determinó su orientación marcadamente psicosocial.

Las definiciones de psicología comunitaria pecan en su mayoría de vaguedad e imprecisión, lo cual ocurre, como ya hemos visto, sobre todo en sus inicios. (Montero, 2010) la caracteriza como una psicología de la acción para la transformación, en la cual investigadores y sujetos están del mismo lado en la relación de estudio, pues ambos forman parte de la misma situación.

Hay algunas particularidades que caracterizan a dicha subdisciplina, de este modo se puede descubrir que lo comunitario incluye un rol necesariamente activo por parte de la comunidad y por ende involucra su participación y capacidad de decisión. Montero (2004) explica que deben actuar no como espectadores aceptados o receptores de beneficios, sino como agentes activos con voz, voto y veto. En el libro *Introducción a la Psicología Comunitaria*, Montero (2004) enumera algunas características principales que definen la esencia de dicha rama de la psicología:

- Se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.
- Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven.
- Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.
- Incluye la diversidad y asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.
- Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica.
- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.



- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.
- La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella. (p. 34)

Además manifestó una orientación hacia la transformación social junto con la intención de buscar modelos teóricos y metodológicos que ayudasen a entender y explicar los fenómenos con los cuales se trabajaba. Esta característica le aportó además una amplia perspectiva multidisciplinaria, ya que ante las pocas respuestas y el corto alcance que presentaba la psicología, se acudió a campos tan variados como la educación popular, la filosofía, la sociología y la antropología.

#### **4.2.2 Objeto y método de la psicología comunitaria**

En primer lugar se coloca a la comunidad como ámbito y sujeto del quehacer psicosocial comunitario, pero no como espacio delimitado desde la teoría, sino auto delimitado por la misma comunidad. Ya no como sujeto sujetado, definido externamente, sino autodefinido desde la propia comunidad, como sujeto activo de las acciones que en ella se llevan a cabo, es decir como actor social meramente constructor de su propia realidad.

Además es preciso considerar también como objeto de estudio a los procesos o fenómenos psicosociales comunitarios que se dan en las comunidades y se desarrollarán exhaustivamente más adelante en este mismo capítulo.

Ahora bien, para definir su objeto de estudio, la psicología comunitaria, necesitó en sus primeros años deslindar la naciente rama de la psicología de otras prácticas ya existentes en las ciencias sociales, relativas a la comunidad: el desarrollo comunitario o comunal. Debe ser precisado el concepto de cambio social que no se trata de transformaciones señaladas desde afuera de la comunidad sino que los cambios están definidos desde la comunidad, de modo que el trazado de las líneas de cambio debe ser delimitado por y desde la comunidad sobre todo desde sus propias aspiraciones, deseos y necesidades.

Respecto del método de la psicología comunitaria, tal como sucedió al comienzo con su objeto, la naciente subdisciplina debió apoyarse en algunos de los métodos y técnicas existentes, si bien su aplicación estaba orientada por principios y objetivos diferentes de los que en ese momento reinaban. Esos métodos y técnicas provenían principalmente de la psicología social, aunque también la antropología y la sociología crítica dieron importantes préstamos, tanto en lo procedimental como en la concepción misma del enfoque metodológico.

Estas metodologías permitían diagnosticar en términos psicosociales, pero establecían una brecha entre ese diagnóstico y las formas de intervención, planificadas externamente al ámbito del problema, esto generaba un continuo desajuste entre los acontecimientos de la vida social, los procesos psicosociales ligados a ellos y las respuestas de la disciplina.

La unión entre teoría y práctica es uno de los principios fundamentales de la psicología comunitaria y junto con la consideración del carácter activo de los participantes provenientes de las comunidades y la redefinición del rol de los psicólogos comunitarios contribuyó al desarrollo de una perspectiva metodológica participativa que caracteriza al método en la psicología comunitaria.

#### **4.2.3 El paradigma de la psicología comunitaria latinoamericana**

Montero (2010) refiere que la psicología comunitaria surge al mismo tiempo que el llamado *nuevo paradigma*, por lo que nace marcada por los signos de la complejidad. Este nuevo paradigma de la construcción y transformación crítica se configura en cinco dimensiones:

En primer lugar, *la dimensión Ontológica* atañe a la naturaleza y definición del sujeto cognoscente, condición que en la psicología comunitaria no se limita a un solo tipo de "conocedor" proveniente de una sola institución social que casi siempre resulta la científica. Aquí, por el contrario, se reconoce el carácter de productor de conocimiento de los miembros de las comunidades y se torna fundamental la relación entre investigadores externos y las personas que forman las comunidades, aquellas que en la investigación tradicional son llamadas sujetos.

Como se mencionó anteriormente, la psicología comunitaria no trabaja con sujetos, sino con actores sociales, que construyen realidades y que protagonizan su vida cotidiana.

Luego *la dimensión epistemológica* refiere a la naturaleza de la producción del conocimiento, tal relación se plantea con un carácter monista, lo cual significa que entre sujeto y objeto no hay distancia, no se los trata como entidades separadas e independientes por conocer. Se trata de que ambos, sujeto y objeto sean considerados parte de una misma dimensión en una relación de mutua influencia.

El sujeto construye una realidad, que a su vez lo transforma, lo limita y lo impulsa, ambos están siendo contruidos continuamente, en un proceso dinámico, en un constante movimiento que no sólo es dialéctico, sino que también puede ser analéctico (Dussel, 1998).

La dimensión metodológica tiene que ver con el hecho de que obviamente los métodos tradicionales, basados en lo que se denominó epistemología de la distancia, por la separación que se impone entre el sujeto y objeto, tienen una cabida limitada en este campo. Por eso se asume lo que se denomina investigación-acción en su expresión participativa (I.A.P) tomada del campo de la sociología y de la educación popular, aunque su origen remite a la psicología de Kurt Lewin.

Pero quizás el aspecto más interesante de la dimensión metodológica comunitaria es la necesidad de generar métodos que se transformen al mismo ritmo que cambian las comunidades, métodos capaces de producir preguntas y respuestas ante sus transformaciones y ante los planteamientos que éstas provocan. Se busca entonces construir una metodología dialógica, dinámica y transformadora que incorpore a la comunidad a su autoestudio.

Por otro lado, *la dimensión ética* remite a la definición del Otro y a su inclusión en la relación de producción de conocimiento, tiene como objetivo principal la relación con el Otro en términos de igualdad y respeto, incluyendo la responsabilidad que cada uno tiene respecto del Otro.

Lo ética pasa a su vez por el carácter incluyente del trabajo comunitario, en el cual se busca integrar, respetando las diferencias individuales, en lugar de excluir o de apartar, la comunidad tiene voz propia y sus miembros activos cuentan con capacidad para tomar y ejecutar sus propias decisiones, tienen la capacidad y el derecho de participar. Esta premisa tiene un punto de encuentro con el modelo o paradigma social de discapacidad al resaltar el respeto por el otro y su inclusión valorando la diversidad y el acceso a los derechos.

Por último, la dimensión *política* refiere tanto al carácter y finalidad del conocimiento producido así como a su ámbito de aplicación, a sus efectos sociales y a la posibilidad que todo ente tiene de expresarse y hacer oír su voz en el espacio público. Lo político refiere a la esfera de lo público, al ámbito de la ciudadanía y a cómo nos relacionamos con otras personas, asimismo refiere al poder y a sus líneas de acción, lo cual constituye su núcleo central. Eso supone hacer y decir dentro de la sociedad en que vivimos, por lo tanto, tiene que ver con el hecho de hacerse oír y también con el lograr generar espacios para que aquellos que han sido relegados al silencio puedan hablar y ser escuchados para establecer el diálogo.

Que sean cinco las dimensiones aquí presentadas se debe al carácter reflexivo y crítico que ha caracterizado a la psicología comunitaria desde su nacimiento. Ese continuo examinarse críticamente llevó a notar que los aspectos éticos y políticos, si bien muchas veces presentes en la acción, no estaban siendo considerados como parte integral de un modo de producción de conocimientos. Por lo tanto, es necesario dar el lugar que corresponde a estas dos dimensiones, al lado de las otras tres tradicionalmente consideradas en el resto de las disciplinas (ontología, epistemología y metodología).

#### **4.2.4 Bases teóricas y epistemológicas**

Dentro del cuerpo teórico que sustenta a la psicología comunitaria, el paradigma ecológico entiende la realidad teñida por la complejidad, como una construcción conjunta e interactiva entre personas y ambientes. Dicho paradigma promueve la integración de: relaciones interpersonales, características socio-históricas, espacios físicos, cultura y recursos existentes. Por ello fomenta una lectura integral que atiende a las características de cada contexto.

Es relevante considerar también la influencia que ha ejercido la perspectiva ecológico-sistémica de la salud, desde este paradigma se entiende a la vida como una permanente actualización y expansión de potencialidades bio-psico-socio-culturales de las personas y sus entornos , así esta perspectiva se caracteriza por su posición relativista donde el profesional busca complementar su saber , con el saber de la sociedad, buscando la modificación del entorno social en que se ha generado el problema o dificultad.

Por otro lado, la psicología de la liberación encuentra sus antecedentes ligados a lo que se conoce como educación popular de Paulo Freire y a la Sociología crítica de Fals Borda, el punto común entre estas teorías tiene que ver con que se caracterizan por ser prácticas transformadoras en su hacer.

El concepto de liberación propone en su esencia reconocer la libertad del otro, quien deja de ser un sujeto sujetado para ocupar un lugar de igualdad como actor social, protagonista de habilidades y conocimientos propios.

Los matices teórico-epistemológicos de la psicología de la liberación, de la educación popular freiriana y de la sociología crítica poseen algunas características en común, además del reconocimiento de los saberes grupales y populares. Estos puntos de convergencia (Montero, 2010) son:

- Generación de una praxis liberadora
- Praxis centrada en la transformación social
- Acción transformadora de la realidad
- Re-definición del papel de los investigadores e interventores sociales y definición de las personas y grupos interesados como actores sociales
- Relación dialógica entre agentes internos y externos del cambio social
- Valorización del saber popular
- Desideologización
- Concientización
- Autocontrol por parte de las personas y grupos interesados
- Uso de formas participativas de la investigación-acción
- Recuperación crítica de la historia (p.12)

Para finalizar, se torna importante aclarar que el modelo de sujeto que resulta pertinente para la psicología social lo proporcionan conceptos aportados por Vigotsky, Lewin y Mead entre otros. Se trata de un sujeto activo frente al medio, dotado de una infinita potencialidad para usar herramientas lo que le permite relacionarse con el medio que lo rodea (Blanco, 1998).

### 4.3 Fenómenos o procesos psicosociales

La relevancia de los procesos psicosociales radica en la influencia que dichos procesos ejercen sobre las personas constituyentes de una comunidad, de modo que en cada situación social que se vivencia en el entramado relacional, generan efectos a nivel emocional, cognitivo y conductual.

Esto da lugar a la toma de conocimiento respecto a la relevancia que poseen, tanto como posibilitadores así como mantenedores del cambio y por cómo influyen las relaciones que las personas tejen en su cotidianidad. Por ello en el presente apartado se abordará cada uno de estos procesos de manera específica, buscando ahondar sobre las características de los mismos, siendo contextualizados a través del paradigma psicológico comunitario mencionado anteriormente.

Es importante considerar la vertiente psicosocial de dichos procesos ya que afectan a los individuos y a las formas mediante las que construyen sus relaciones. Por esto mismo es que tienen una función fundamental tanto en el mantenimiento como en la transformación de las condiciones de vida.

Montero (2004) elabora una conceptualización sobre dichos procesos psicosociales y los define como: "Procesos que influyen en las relaciones sociales de las personas y a su vez están influidos por las circunstancias sociales y suponen subprocesos de carácter cognoscitivo, emotivo, motivacional que tienen consecuencias conductuales" (p. 123). Esta definición denota claramente la importancia de tres elementos fundamentales para comprender la esencia de los fenómenos psicosociales, estos son: la noción de proceso, el componente psicológico y por último el elemento social que se desarrollan a continuación:

El término proceso se torna crucial para comprender el carácter dinámico, flexible y activo que caracteriza a dichos fenómenos. El hecho de que el proceso sea en este caso psicosocial tiene que ver con que justamente se desenvuelve en el movimiento inherente al tejido o red social.

Montero (2003) introduce un interrogante que invita a reflexionar, al cuestionar el hecho de que si bien la sociedad es dinámica, muchos aspectos permanecen invariables o con variaciones casi insignificantes, así la autora analiza conceptos en pleno debate como lo son cambio y estabilidad.

Expresa al respecto que dichos conceptos no deberían ser tratados como fenómenos separados e independientes, sino como aspectos complementarios ya que

interactúan constantemente, sin embargo explicaciones actuales parecen considerarlos opuestos e incluso excluyentes.

El concepto de objetos fatales se ha utilizado para caracterizar ideas que escapan a nuestro deseo y necesidad de medirlos, describirlos y explicarlos; por trascender a las explicaciones que sobre ellos construimos. La relación entre cambio y constancia o permanencia, transformación y estabilidad es uno de esos objetos fatales (Baudrillard, 1983 citado en Montero, 2003). De este modo, queda claro que el término proceso alude a instancias de cambio y estabilidad que ocurren espiralada y simultáneamente.

Al continuar el análisis exhaustivo de la definición sobre procesos psicosociales, nos encontramos con otro componente que se denomina *psicológico*. Éste refiere subprocesos de carácter cognoscitivos, emocional, motivacional y conductual, elementos que en algún punto han sido o son aún estudiados y considerados objetos de estudio de la psicología.

Una historia de la psicología no puede pasar por el alto la influencia de la filosofía, medicina, pedagogía, sociología y muchas otras disciplinas que han ido influenciando y modificando objetivos y finalidades de esta ciencia. La diversidad en relación al objeto de estudio puede tener que ver con el carácter interdisciplinar que caracteriza a la psicología, así la mayor parte de los psicólogos contemporáneos está de acuerdo en definirla como la ciencia del comportamiento y de los procesos mentales.

El término proviene de las palabras griegas *psyche* (alma) y *logos* (estudio) lo que revela que en su origen refería al estudio del alma, así una perspectiva histórica, permite comprender los cambios que ha transitado la psicología en relación a variaciones en su objeto de estudio.

Lo que queda claro es que el carácter psicológico alude a procesos de índole emocional, motivacional, conductual y cognoscitiva que impregnan los fenómenos psicosociales.

Para finalizar, el último componente refiere particularmente al carácter social, de modo que los fenómenos psicosociales interceden constantemente en el vínculo del sujeto con el otro y, a su vez, están intervenidos por las situaciones y contextos sociales.

Para lograr analizar la importancia de dicho componente, en relación a los fenómenos psicosociales, se toman aportes de diversos autores útiles para ampliar la comprensión. Al respecto, Íñiguez (2001) explica que el proceso de interacción social supone un entramado de relaciones donde la pertenencia grupal es la dimensión determinante, esto permite comprender por qué en determinados contextos sociales, se silencian, anulan o excluyen determinadas categorías o grupos sociales.

A lo largo del desarrollo científico entorno a la temática de la puja entre lo grupal y lo individual se creó una presunta escisión entre lo social y lo psicológico, dicha separación no permite ver que la organización psíquica individual se desarrolla en la experiencia social e histórica de los individuos y tampoco permite considerar cómo las acciones de los individuos, que son inseparables de su producción subjetiva, tienen un impacto que, se asocia a nuevos procesos de transformación y organización social.

Son varios los autores que analizan la relevancia que adquieren las representaciones sociales al funcionar como guía en las interacciones de la vida cotidiana, siguiendo esta línea de análisis Moscovici (2000, citado en González Rey, 2008, 152) afirma que “la representación social corresponde a cierto modelo recurrente y comprensivo de imágenes, creencias y comportamientos simbólicos que aparecen, de forma similar a las teorías, las cuales ordenan alrededor de un tema una serie de proposiciones que permiten que las personas o las cosas sean clasificadas”.

Lo anterior permite reflexionar sobre ciertas ideas entorno al fenómeno de la discapacidad, como se mencionó en capítulos anteriores, aún se encuentran vigentes en nuestra sociedad paradigmas o modelos que posicionan al sujeto en un lugar de objeto de asistencia, incapaz que debe ser constantemente cuidado.

En relación a ello, puede pensarse la importancia que adquieren diversas costumbres heredadas socialmente, esto sienta las bases para pensar a continuación los procesos psicosociales comprendidos siempre dentro de un continuum:

#### **4.3.1 Habitación, naturalización y familiarización**

Siguiendo a Montero (2004) estos fenómenos en conjunto tienen que ver con la construcción de un campo habitual de conocimiento, donde se codifica y organiza la realidad cotidiana a través de procesos de habitación y normalización de las situaciones adversas y de la familiarización de nuevas circunstancias adecuándolas a las ya existentes, esto permite ir integrándolas dentro de lo conocido haciéndolas habituales y similares.

Teniendo esto en cuenta es que se comprende la hegemonía de ciertas ideas sobre otras, dando lugar a lo que se concibe bajo el término de ideología, con un consiguiente modo de construir la realidad que puede llevar a la aceptación pasiva y acrítica de formas de vida que afectan tanto lo individual como lo grupal. En relación a los objetivos de este trabajo de investigación puede pensarse en la idea arraigada en nuestra sociedad de que las personas con discapacidad no son capaces de participar de la construcción y desarrollo de sus respectivos tratamientos por no ser capaces de tomar decisiones al respecto.

Aquellas estructuras de comportamiento que no son sometidas a reflexión suelen denominarse *habitus*, Bourdieu (1972, citado en Montero, 2004, 178) indica que éstos “funcionan como una matriz de percepciones, de apreciaciones y de acciones”, dentro

del proceso de habituación se resalta una actitud mecánica, donde no media la reflexión.

Las diversas normas y valores que cada cultura sostiene generan estilos de vida que se transforman en producto y productores de patrones estructurados de comportamientos regulares y estables. *Habitus*, noción elaborada por Pierre Bourdieu (1972, citado en Montero, 2004), se caracteriza por:

Ser una regularidad asociada a un entorno socialmente estructurado, es decir, una forma de estructurar los comportamientos, de actuar y de responder, dentro de un sistema social; ser duradera, pues tiende a mantenerse a través del tiempo; constituir una conducta estructurante, que a la vez es estructurada, es decir, un patrón de comportamiento establecido y estable, que produce sistematización de patrones conductuales, a la vez que se ajusta a los patrones existentes; llevarse a cabo sin que haya una dirección conscientemente elegida, ni tampoco dominio explícito de las operaciones necesarias para alcanzar sus objetivos (...); permitir que las personas encaren situaciones inesperadas, para las cuales provee modos de acción establecidos (...); constituir una respuesta socialmente codificada y esperada (...).(p.124)

Al respecto (Montero, 2004) explica que no se trata de inconsciencia, sino de consciencia no pensada, no cuestionada, socialmente esperada y aceptada y sobre todo, conciencia que deviene acción necesaria y debida, ejecutada maquinalmente.

Esas estructuras de comportamiento regulares, no discutidas ni tampoco conscientemente asumidas, se caracterizan por ser una regularidad dentro de un sistema mayor, mantenerse en el tiempo de forma duradera, ajustarse a regulaciones colectivas, sin necesidad de recibir instrucciones específicas y constituir una respuesta socialmente codificada y esperada.

De modo que los *habitus* implican una doble faceta, por un lado proporcionan maneras establecidas de hacer y ser en el mundo, por eso mismo facilita la vida en sociedad. Pero al mismo tiempo llevan a reproducir irreflexivamente circunstancias que pueden generar malestar y desigualdad entre las personas, asociado a la premisa de que las cosas siempre se han hecho de esa manera.

### **Naturalización y familiarización:**

Ambos procesos se encuentran ligados siendo mecanismos micro sociales que mantienen determinadas estructuras y modos de vida a la vez que permiten la permanencia social, el fenómeno de naturalización se vuelve particularmente esencial en el proceso de conocimiento, ahora bien ambos mecanismos son también



responsables del mantenimiento de aspectos negativos que pueden generar sufrimiento en nuestras vidas.

La familiarización se produce mediante diferentes mecanismos puestos en marcha como son la categorización, el etiquetamiento, la clasificación y la explicación, en su conjunto permiten que se asuma lo extraño como familiar. Tal cadena de acontecimientos cognoscitivos lleva a anclar el conocimiento unificándolo al ya existente y de esta manera objetivándolo.

Ahora bien, si por cualquier circunstancia un suceso particular supone una colisión entre las formas de actuar fijas no cuestionadas y la introducción de otras nuevas, podrían estar en la base transformaciones psicosociales, conduciendo a dar pie a nuevos fenómenos como pueden ser la desideologización y concientización.

Para finalizar Montero (2004) concluye explicando que tanto la naturalización como la familiarización son vías para aceptar, conocer y relacionarse con lo ajeno o diverso; para hacerlo aceptable, admisible y lograr internalizarlo como modo de ser usual, resultan por lo tanto mecanismos mantenedores de estructuras y modos de vida en sociedad.

Cabe realizar una distinción pertinente en cuanto el presente trabajo se enmarca dentro del paradigma propuesto por la psicología comunitaria, es así que el concepto de familiarización es utilizado en la obra de Montero en dos instancias diversas: por un lado se utiliza para nominar al proceso o fenómeno psicosocial antes descrito y por otro se utiliza particularmente para referir a la metodología Investigación-Acción-Participativa, en este caso, refiere a un proceso de carácter socio cognoscitivo por el cual agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo, captando y aprendiendo aspectos de la cultura de cada grupo.

#### **4.3.2 Problematización y desnaturalización**

La combinación de la reflexión y deliberación puede resultar la base de transformaciones psicosociales, a continuación se desarrollan procesos psicosociales cuya cualidad crítica sienta las bases para visualizar, cuestionar y en el mejor de los casos modificar lógicas naturalizadas que ocasionan malestar, exclusión, displacer.

El concepto de problematización fue introducido por Paulo Reglus Neves Freire, para marcar una distinción en relación a la concepción bancaria de educación caracterizada por absorber de forma pasiva conocimientos educativos, así intentó caracterizar una modalidad educativa en la que primaba una ausencia de reflexión por parte del alumnado al incorporar contenidos ya estructurados indiferentemente.

Si bien su obra refiere al ámbito educativo particularmente, demarca ciertas características que nutren al concepto de problematización aquí desarrollado. Freire (1998) explica que se torna usual pasar por alto otros tipos de conocimientos que se alejen del denominado científico, describe entonces una situación que termina polarizándose en la dualidad de roles educativos uno que se encarga de entregar

correspondiente al profesor y otro de recibir dócil y silenciosamente que encarnarían los alumnos.

Este estilo de la educación, afirma Freire (1970) implica la imposición de pasividad, llevando a que las personas se adapten al mundo en lugar de transformarlo, se trata entonces de cambiar la mentalidad de los oprimidos y no la situación que los oprime, con el objetivo de lograr una mejor forma de dominación de los mismos que resulte duradera. Defiende en su obra la importancia de construir como comunidad educativa estructuras participativas y democráticas para lograr oír a quienes hasta el momento habían sido considerados mudos y vacíos de cualquier tipo de ofrecimiento.

Teniendo esto en cuenta se entiende que el proceso de problematización consiste en analizar críticamente el ser en el mundo y tiene que ver con cuestionar lo establecido y estatuido mediando la reflexión y el diálogo. En el campo psicosocial comunitario (Montero, 2004) se entiende a la problematización como un proceso crítico de conocimiento, donde se desecha el carácter natural relacionado con ciertos fenómenos, reflexionando sobre su causas y consecuencias produciendo de esta forma una movilización del campo cognoscitivo.

Es importante destacar, como menciona Montero (2010), que la problematización suele conducir a lo que se concibe como desnaturalización, ya que al problematizar el carácter natural y esencial adjudicado a ciertos hechos, se revelan sus contradicciones, así como su carácter ligado a determinados intereses y sus limitaciones respecto a la capacidad de avanzar o superar situaciones negativas o limitantes.

Por ello la problematización suele aparecer bajo formas de interrogación y revisión de acciones u opiniones sobre hechos considerados normales, inevitables o habituales. Esto produce transformaciones de circunstancias alienantes, allí reside su carácter liberador y desideologizador ya que permite cuestionar ideas hegemónicas, al respecto la autora concluye diciendo: “La problematización cumple un papel promotor de la reflexión que lleva a la acción transformadora” (2010, p. 238).

No será posible lograr desnaturalizar hábitos, ideas, creencias si no se da un proceso de crítica que someta a revisión, discusión y análisis el asunto en cuestión, revelando mecanismos de poder que han fijado ese modo de ser, de hacer y/o comprender.

#### **4.3.3 Concientización y desideologización**

El concepto concientización se encuentra ligado en sus orígenes, al igual que el de problematización al área de la educación popular, apuntando en este contexto a que los alumnos lograran darse cuenta de que existe determinada situación de opresión.

Por lo tanto, cuando Montero (2004) define la concientización, lo plantea como un “proceso de movilización de la conciencia, de carácter liberador, respecto de

situaciones, hechos o relaciones, causas y efectos hasta ese momento ignorados o inadvertidos, pero que inciden de una manera que los sujetos de ese proceso consideran negativa” (p. 126).

Tal forma de conciencia supone un rol activo, al dejar de seguir la corriente y someterse sin análisis a los dictámenes de personas de su entorno inmediato o líderes de la sociedad en la que viven.

Al respecto Montero (2004) explica que todos los seres humanos poseen conciencia, por ello prefiere utilizar el término movilización de la conciencia, se trata pues de suscitar un movimiento transformador del contenido de conciencia y ocurre en la persona debido a su reflexión y acción, esto supone una posición política, en el sentido de ser un ciudadano consciente. Tiene que ver con la adquisición de conciencia de sí como partícipe de una sociedad con la cual se está comprometida, porque en ella interactúa (Barreiro, 1947 citado en Montero, 2004).

Acarrea por ello todo un proceso de desideologización, por tal se entiende a la construcción de una conciencia integral no fraccionada, con una consiguiente toma de postura crítica, reflexiva, analítica, observadora y problematizadora de las relaciones entre fenómenos y circunstancias supuestas y aceptadas con anterioridad.

Entonces desideologizar implica, en palabras de Montero (2012), romper con la hegemonía de las ideas dominante en función de formas de opresión social. Es justamente a través de los procesos de problematización, desideologización y concientización donde radica la posibilidad de producir determinados cambios.

#### **4.3.4 El proceso de conversión**

Este proceso alude a un fenómeno psicológico por el cual, de manera sutil, se produce un cambio en los procesos de conocimiento y de percepción mediante el cual se adoptan implícitamente los puntos de vistas o respuestas de otros y supone una ruptura con la experiencia pasada (Touraine, 1973 citado en Montero, 2004).

Montero (2004) reconoce que existen dos vías para desarrollarse el proceso de conversión, por un lado se puede dar desde la comunidad como minoría activa hacia alguna mayoría dominante, otra posibilidad es aquella que ocurre desde la mayoría hacia miembros de una comunidad o grupo pequeños.

El planteo en psicología comunitaria tiene que ver con un inter-juego entre conciencia y no conciencia, entonces un grupo o comunidad con conciencia crítica respecto de sus condiciones materiales de vida puede asumir la conducción de su destino logrando sus objetivos y en casos extremos conformando una minoría activa o generando un movimiento social (Montero, 2004).

Se entiende así que la acción divergente, persistente, consistente y resistente de la comunidad organizada como minoría activa puede producir lo que se ha denominado proceso de conversión. Hay una dialéctica basada en la tensión entre

concientización, conversión y presión conservadora, por tal razón, las acciones tendientes a lograr la construcción de la conciencia movilizándola hacia la crítica deben ser múltiples, variadas y sostenidas en el tiempo, ya que debe tenerse en cuenta que cada miembro del grupo o comunidad está sujeto a la presión conservadora del estatus.

#### **4.3.5 Procesos psicosociales y afectividad**

Si bien la afectividad no se considera un fenómeno psicosocial específico no debe pasarse por alto ya que aparece transversalmente en los demás procesos y resulta un elemento constitutivo de las personas. Montero (2004) citando a León y Montenegro (1993, 1998) define a la afectividad como “el conjunto de estados y expresiones anímicas (...) a través de los cuales el individuo se implica en una relación consigo mismo y con su ambiente” (p. 133).

Los afectos, que son una construcción psicosocial, incluyen a las emociones, caracterizadas por ser reacciones afectivas momentáneas de gran intensidad y codificadas socialmente, pero también a los sentimientos que son estados afectivos relativamente duraderos y modificables en el tiempo.

El afecto, la conciencia y la acción están relacionados y es solo gracias a una maniobra teórica que se separa lo cognoscitivo, afectivo y conativo. Teniendo esto en cuenta se comprende que la afectividad interviene en todo trabajo comunitario y dada su importancia Montero (2004) destaca la necesidad de incluir el tema en publicaciones de artículos científicos sobre psicología comunitaria.

#### **4.4 Posicionamiento ético final**

A lo largo del presente marco teórico se han desplegado una serie de conceptos que permiten comprender que el estado de salud y la determinación de una situación de discapacidad no sólo dependen de factores biológicos sino también de las distintas condiciones de vida de las personas, influenciadas por el entorno. Así se vuelve imprescindible reconocer el protagonismo de los usuarios, las familias y las organizaciones sociales .

Se expresó que el modelo social sostiene la idea de una sociedad concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas abarcando las diferencias e integrando la diversidad, de modo que en este paradigma se rescatan las capacidades en vez de acentuar las discapacidades, enfatizando el rol protagonista del entorno en la situación de discapacidad.

En el presente trabajo de investigación el paradigma actual de la discapacidad, se interpreta bajo los lineamientos del modelo social, basado en una perspectiva de derechos humanos y bajo el marco general que aporta la psicología comunitaria. Estos paradigmas permiten reconocer el valor de la participación de las personas que reciben atención en los servicios de salud, ésta se vuelve una premisa básica para

concebir a las personas con discapacidad como agentes de cambio y no sólo como simples beneficiarios de políticas públicas o planes terapéuticos determinados.

Las metodologías inclusivas y participativas aparecen como una alternativa para la superación de las relaciones de dependencia y pasividad que forman parte de los discursos y las prácticas dominantes, estos planteos se encuentran en sintonía con el enfoque que ofrece la psicología comunitaria. Al respecto Montero (2004) explica que se no trabaja con sujetos, sino con actores sociales, esto tiene que ver con la concepción de un ser activo y no meramente reactivo, sino con alguien que construye realidad y que protagoniza la vida cotidiana.

Lo anterior implica una superación de la figura de la etiqueta diagnóstica que mantiene a las personas sometidas a la autoridad profesional, una superación de la condición de infantilización y pasividad que legitima situaciones de exclusión social, efecto de una sociedad profundamente desigual y segregadora.

Partiendo de aquí, es que adquiere sentido preguntarse por la perspectiva de los profesionales de un Centro de Día, respecto a la inclusión de las personas con discapacidad intelectual en las decisiones pertinentes a sus respectivos tratamientos.

Lo planteado finalmente y siguiendo a Montero (2010) trata de un principio básico y común a lo ya desarrollado: el respeto y reconocimiento del otro, se trata entonces de una persona poseedora y productora de conocimientos; una persona “que piensa, actúa y crea un sujeto que critica, actúa y reflexiona desde la propia realidad que construye” (Montero, 2004, p. 43).

Para finalizar, el paradigma comunitario, resulta ideal para cuestionar sobre la posibilidad de inclusión en la planificación de los tratamientos, al resaltar ideas como el respeto y reconocimiento de minorías excluidas y oprimidas, respecto a las cuales se ha hecho creer que no poseen capacidad de decisión.



*Segunda parte*  
*Marco*  
*Metodológico*



## CAPÍTULO 5 . MARCO METODOLÓGICO

### 5.1 Encuadre General.

#### 5.1.1 Formulación del problema

El presente trabajo nace a raíz de distintas experiencias que van consolidándose a lo largo de la carrera universitaria. Inicia concretamente a partir del trabajo de campo requerido por la cátedra de psicología comunitaria en la institución “San Andrés”, articulándose luego con la realización de las prácticas profesionales en el centro terapéutico A.P.N.A (Asociación Para El Niño Atípico).

Por un lado, el objetivo institucional de San Andrés tiene que ver con priorizar la rehabilitación física de los pacientes, por otro el centro educativo terapéutico A.P.N.A desarrolla su actividad en pro de mejorar la calidad de vida relativa a la persona que cuentan con un diagnóstico englobado dentro de lo que se conoce como Trastorno Del Espectro Autista. Si bien ambas instituciones desempeñan su labor con diversas patologías y pacientes, llama mi atención la puesta en marcha de diferentes estrategias al momento de abordar la temática de rehabilitación en discapacidad. Puede observar que algunas maniobras por parte de los profesionales promovían un rol activo en cuanto a la participación y elección de las personas respecto a sus tratamientos, mientras que otras suponían modelos más paternalistas de rehabilitación dónde consideraban que las personas no tenían la capacidad suficiente para tomar decisiones, por ende se los excluía de las elecciones pertinentes.

A partir de dichas experiencias surge el interés por investigar si los profesionales del centro de día *Progresar* incluyen (o no) a las personas con discapacidad en la confección y desarrollo de sus respectivos planes terapéuticos priorizando su autonomía y capacidad de decisión. Reflexionar sobre la participación de las personas con discapacidad al momento de ser incluidas en las decisiones relativas a sus tratamientos da cuenta del compromiso del tejido social y así cobra sentido una mirada psicosocial.

Esta perspectiva es facilitada desde la psicología comunitaria, que provee el concepto de procesos o fenómenos psicosociales, que se utilizará como herramienta teórico-práctica para leer e interpretar lógicas de exclusión, segregación, integración e inclusión.

### **5.1.2 Objetivos.**

#### **Objetivo general**

- ❖ Caracterizar el proceso de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos por parte del equipo terapéutico de un Centro de Día de la provincia.

#### **Objetivos específicos**

- ❖ Identificar y describir fenómenos psicosociales intervinientes en los procesos de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos por parte de los profesionales de un Centro de Día.

### **5.1.3. Anticipación de sentido**

La inclusión de personas con discapacidad intelectual en la confección y desarrollo de sus planes terapéuticos requiere haber problematizado y desnaturalizado lógicas discriminatorias y exclusivas por parte de los miembros partícipes del equipo de profesionales.

### **5.1.4. Justificación y relevancia.**

Uno de los principales fundamentos para la realización de este trabajo de investigación es la considerable falta de investigaciones psicológicas respecto a la participación efectiva de las personas con discapacidad al momento de decidir sobre sus planes terapéuticos, a pesar de contar con leyes nacionales vigentes que promueven la autonomía e independencia en relación a los tratamientos.

La investigación busca contribuir a la comprensión general de la inclusión desde una perspectiva psicológica comunitaria, en pos de habilitar un espacio de reflexión sobre las implicancias que entrama el proceso de inclusión poniendo el foco sobre los actores y factores partícipes de la misma. El concepto inclusión abarca numerosas variables que en este caso se reducen haciendo foco específicamente en la participación de las personas con discapacidad en la construcción y elección de sus propios tratamientos, sin perder de vista las diversas posibilidades, capacidades y las posibles alternativas de apoyo a implementar, para que la participación sea verdaderamente efectiva.

Al poner de manifiesto diversas lógicas al momento de planificar y desarrollar los tratamientos este trabajo podría significar un aporte al área de salud, entendiendo que es necesario que los equipos de profesionales que se desenvuelven en



instituciones dedicadas al trabajo con discapacidad se pregunten por las ventajas de hacer partícipe a los usuarios en sus programas terapéuticos.

Para finalizar, el rastreo bibliográfico reveló pocos antecedentes de investigaciones de este tipo y aquellas encontradas se acercan al tema de manera tangencial. Por lo tanto, otro aspecto relevante del presente trabajo de investigación, sería que pudiera abrir caminos y movilizar preguntas que desemboquen en nuevas investigaciones.

## **5.2. Encuadre metodológico**

### **5.2.1 Enfoque**

Se trata de una *investigación cualitativa* Sampieri, Collado y Baptista (2010, 9) sostienen que ésta “se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones”. De modo que el enfoque es *interpretativo*, pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que se le otorgue teniendo en cuenta la contextualización de los ambientes o entornos.

Así se comprende que las metas dentro de la investigación cualitativa tengan que ver con describir, comprender e interpretar fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes. Quien investiga está en relación con el objeto de investigación y es desde ese vínculo que el conocimiento se construye.

La mencionada investigación tiene *alcance descriptivo*, que pretende especificar las propiedades y características de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es decir, recoger información sobre las variables a las que se refieren (Dankhe, 1986, citado en Sampieri, Hernández y Baptista, 2006). En el presente caso se irá describiendo y detallando las implicancias de los procesos de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos por parte de un equipo terapéutico en una Institución de la provincia.

La mirada desde la cual se aborda la presente tesis responde al paradigma de la Psicología Comunitaria. El mismo introduce nociones como Procesos Psicosociales, los cuales son definidos por Maritza Montero (2004) como: “Procesos que influyen en las relaciones sociales de las personas y a su vez están influidos por las circunstancias sociales y que suponen subprocesos de carácter cognoscitivo, emotivo, motivacional que tienen consecuencias conductuales (...)” (p. 123).

### **5.2.2. Diseño de investigación**

Tal como sugiere Hernández Sampieri (2010) y particularmente dentro del enfoque cualitativo, el diseño refiere al abordaje general que habremos de utilizar en el proceso de investigación, Álvarez Gayou (2003, citado en Hernández Sampieri, 2010, 492) denomina al diseño como “*marco interpretativo*”.

El diseño que se adopta en el presente trabajo, siguiendo a Hernández Sampieri, es el fenomenológico, el cual se centra en las perspectivas de los participantes respecto de su experiencia con algún fenómeno vinculado a la investigación. A su vez, este tipo de diseño se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.

Sampieri (2010, 493) sostiene que: “Se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno”. Bogden y Biklen (2003, citado en Hernández Sampieri, 2010, 515) indican al respecto que “en este tipo de diseño se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia”.

En este caso el foco estará puesto en la experiencia de los profesionales del equipo terapéutico de Progresar respecto al proceso de inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la confección y el desarrollo de sus respectivos tratamientos.

### **5.2.3. Descripción de la muestra**

Sampieri, Collado y Baptista (2010, 394) sostuvieron que la muestra “en el proceso cualitativo hace referencia un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia”.

De modo que nos conciernen casos ya sean participantes, personas, organizaciones, hechos, que nos ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación pertinentes. En este trabajo se seleccionó un grupo de personas que conforman el equipo terapéutico del Centro de Día Progresar.

La presente tesis, de carácter cualitativa, propone una muestra conformada por ocho (8) personas, quienes participan, desde distintas áreas o profesiones, en el funcionamiento de la Institución. El equipo terapéutico entrevistado consta de: un nutricionista, un kinesiólogo, una terapeuta ocupacional, un acompañante terapéutico, una psicóloga, una enfermera, una profesora de educación física y por último se entrevistó también a la directora de Progresar.

La muestra es de orden *dirigida* o no probabilística ya que su finalidad no es la generalización en términos de probabilidad. También se les conoce como “guiadas por uno o varios propósitos”, pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación (Sampieri et al., 2010).

En este caso el propósito que dirige la selección de la muestra reside en el interés por indagar sobre las percepciones de los profesionales acerca de la inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la confección y el desarrollo de sus respectivos tratamientos o planes terapéuticos. La elección de los participantes tuvo como conductor el hecho de que los profesionales son quienes concretamente se encargan de elaborar, planear, modificar y llevar a cabo los planes terapéuticos de las personas que concretamente asisten al centro de día.

Siguiendo a Sampieri, Collado y Baptista (2010) quienes citan a Huberman (1994), Creswell (2009) y Henderson (2009) se utilizó una muestra *diversa o de máxima variación* que se suele utilizar cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o bien, documentar diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades.

#### **5.2.4. Instrumentos metodológicos**

El objetivo en un estudio cualitativo es obtener datos de personas, comunidades, contextos o situaciones en profundidad que se convertirán en información de las propias formas de expresión de cada uno de ellos. Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes. Dichos datos se recolectan con la posterior finalidad de analizarlos y comprenderlos y así responder las preguntas de investigación (Sampieri et al., 2010). Teniendo esto en cuenta fueron utilizados como instrumentos para la recolección de datos: la observación participativa y las entrevistas semi-estructuradas.

En cuanto a las observaciones cualitativas como instrumento Sampieri, Collado y Baptista (2010, 411) sostienen que “no es mera contemplación (sentarse a ver el mundo y tomar notas); implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.”

Con respecto a las observaciones participativas Maritza Montero (2012) afirma que se trata de:

Una actividad metodológica, por tanto sistemática, y con objetivos determinados por los propósitos de la investigación y de generación de conocimientos, realizada en el transcurso de la vida cotidiana de las personas o

de grupos específicos, a fin de conocer, desde una posición interna, eventos, fenómenos o circunstancias a los cuales no se podría acceder desde una posición externa (...) tienen un carácter abierto y flexible, pues permite cambiar el foco de atención (...) Y debido a su carácter participativo, supone la inevitable generación de variadas relaciones con las personas observadas.(p.205)

En relación a la familiarización la autora la define como un proceso de carácter mutuo, en el cual los agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo captando y aprendiendo aspectos de la cultura de cada grupo (Montero, 2010).

El objetivo por el que se usa dicho instrumento refiere a la intención de poder familiarizar con la comunidad de “Progresar”, a fin de tomar contacto con el proceso de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos. Al respecto Patton (2002, citado en Sampieri, Collado y Baptista, 2010, 412) indica que uno de los propósitos esenciales de la observación es “describir comunidades, contextos o ambientes; asimismo, las actividades que se desarrollan en éstos, las personas que participan en tales actividades y los significados de las mismas”.

King y Horrocks (2009, citado en Sampieri, 2010,418) indican que “la *entrevista de tipo cualitativa* es más íntima, flexible y abierta”. La entrevista suele definirse como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona, el entrevistador, y otra el/los entrevistado/s. Al respecto Janesick (1998, citado en Sampieri, Collado y Baptista, 2010, 148) sugiere que “en la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a una tema, de modo que el propósito es obtener respuestas sobre el tema de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado.

A raíz de ello , se realizaron una serie de primeras entrevistas del tipo abierta y piloto para realizar posteriormente *entrevistas semi-estructuradas*, las cuales se caracterizan por poseer una “guía de asuntos o preguntas [donde] el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Sampieri, Collado y Baptista, 2010, 418).

Las preguntas, tal como menciona Cuevas (2009, citado en Sampieri, Collado y Baptista, 2010, 419) son “abiertas y neutrales ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje. Para diseñar la guía de temas, tal como sugiere Hernández Sampieri (2010), se tienen en cuenta diversos aspectos teóricos.

Esto implica que la guía tiene “la finalidad de obtener la información necesaria para responder al planteamiento” (p. 407). Es en base a ello que se elaboran cuatro

ejes que buscan indagar sobre el proceso de inclusión de las personas con discapacidad intelectual a la hora de planificar y poner en marcha sus respectivos tratamientos a cargo del equipo terapéutico de la institución. Los ejes sobre los que se trabajan las entrevistas son:

- 1) Discapacidad intelectual y su concepción
- 2) Ley 24. 901 : “ Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”
- 3) Tratamientos o programas terapéuticos
- 4) Talleres habilitados en el centro de día

A partir de los ejes mencionados se desarrollan las preguntas correspondientes a los mismos para ser consultadas en las entrevistas con la muestra seleccionada. Dichas entrevistas se efectúan en el ambiente cotidiano de trabajo. El objetivo de ello es conocer, mediante el discurso de los profesionales, la experiencia del proceso inclusivo respecto a la construcción y desarrollo de los tratamientos de los usuarios, manifestando las diferentes perspectivas que representan su complejidad. A razón de ello se decide realizar ocho entrevistas, incluyendo a quiénes conforman el equipo terapéutico y a la directora de la institución que por supuesto participa en las decisiones pertinentes a la realización y puesta en marcha de los planes terapéuticos.

#### **5.2.5. Procedimiento**

En primera instancia, se procedió a presentarse a la institución, su comunidad y la directora, para solicitarle permiso para realizar el proceso de investigación en el establecimiento. Consentimiento mediante, se inició el proceso de familiarización con los miembros partícipes del centro de día “Progresar”.

Este proceso tuvo lugar en el período comprendido entre Junio y Octubre, donde una vez a cada dos semanas se asistía a la institución a observar participativamente la jornada laboral. La familiarización resulta un proceso transversal al proceso de investigación, de modo que siempre está presente y es a través de la cual, en palabras de Montero (2010) “permite la sensibilización de los investigadores respecto de la comunidad y sus problemas, constituyendo así un paso necesario para garantizar la confianza” (p.77).

Al cabo de unas semanas, y siguiendo con el objetivo de caracterizar el proceso de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos, se procedió a la realización de entrevistas semiestructuradas a algunos profesionales (ocho) de diversas áreas que forman parte del quipo terapéutico de la institución.

Teniendo en cuenta lo investigado y trabajado a lo largo de la construcción del marco teórico, se elaboró una guía de preguntas bajo cuatro ejes fundamentales:

Discapacidad Intelectual, Ley 24.901: Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, luego tratamientos o planes terapéuticos y por último el eje relacionado con los talleres del centro de día, estos puntos remiten al foco de investigación.

Posterior a la recolección de datos correspondientes, se transcriben y desgravan las entrevistas. Luego, se procesan los datos obtenidos mediante un análisis categorial, seleccionando las unidades de análisis y su codificación.

En la recolección de datos, la acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados, a los cuales nosotros les otorgamos significado. Lo cual implica organizar las unidades, las categorías, los temas y los patrones (Willig, 2008 citado en Sampieri, Collado y Baptista, 2010).

Lo anterior implica identificar y desarrollar categorías relevantes de los datos obtenidos. Los segmentos se convierten en unidades cuando poseen un significado acorde al planteamiento del problema y en categorías del esquema final de codificación. Por ello se establecieron categorías que dan cuenta de las nociones fundamentales en la presente tesis y que aluden a dos ejes: 1) Eje Procesos Psicosociales y 2) Lógicas en torno a la discapacidad.

En base a estas últimas se realizó un análisis categorial que generó la elaboración de gráficos que, reflexión mediante, permitieron arribar a posteriores conclusiones finales.

#### **5.2.6. Recorrido metodológico**

Las etapas de dicha investigación fueron cinco.

Durante la *primera etapa* se realizó un exhaustivo rastreo bibliográfico que permitió profundizar en las controversias y definiciones del problema a nivel teórico, así como en sus aristas más significativas. Esta instancia permitió construir un marco desde el cual aproximarnos a los datos y avanzar en el proceso de investigación. El tránsito por esta etapa buscó confirmar la importancia de la temática y la consistencia metodológica de los instrumentos de recolección de la información.

La *segunda etapa* consistió en la conformación del marco teórico.

Durante la *tercera etapa* se realizó la sistematización de los datos aportados durante las entrevistas semiestructuradas.

La realización de una articulación teórica/práctica dio lugar a la *cuarta etapa* del proceso de investigación. Aquí comenzó la discusión de resultados.

Finalmente *-en la quinta etapa-* los análisis efectuados permitieron analizar y desarrollar algunas conclusiones. A su vez, durante todas las etapas, y especialmente en ésta, se volvió a indagar sobre aspectos teóricos e investigaciones que permitieran ampliar y articular los datos con las teorías en un proceso dialéctico permanente.

# PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

## Construcción de categorías

El problema de investigación da lugar a la anticipación de sentido de la que se parte: “La inclusión de personas con discapacidad intelectual en la confección y desarrollo de sus planes terapéuticos requiere haber problematizado y desnaturalizado lógicas discriminatorias y exclusivas por parte de los miembros partícipes del equipo de profesionales”. Lo señalado permite suponer:

- A. La afirmación de lógicas discriminatorias respecto a la capacidad de elección y decisión de las personas con discapacidad en sus tratamientos.
- B. A su vez la movilización de la consciencia, a partir de la problematización y desnaturalización de lo dado, para dar lugar a otra instancia.
- C. La inclusión de personas con discapacidad en sus tratamientos (confección y desarrollo) como efecto de conversión, esto es, una acción posibilitada por el proceso crítico y reflexivo anterior.

A partir de estos supuestos se construyen categorías con el propósito de utilizarlas a fin de analizar el discurso de los miembros del equipo terapéutico del centro de día Progresar.

La codificación cualitativa se trata, siguiendo a Sampieri, Collado y Baptista (2010) de que el “investigador considerar dos segmentos de contenido, los analiza y compara. Si son distintos en términos de significado y concepto, de cada uno induce una categoría, si son similares, induce una categoría común” (p. 448). De este modo el proceso consiste en ir otorgando significado a la información relevada durante la recolección de datos, por ello, se busca atribuir sentido sobre el proceso de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos, a la luz de los procesos psicosociales.

En otras palabras en la codificación, en la investigación cualitativa, van surgiendo códigos de los datos, más precisamente de los segmentos de datos, es decir que la información va siendo capturada en diversas categorías y este es un movimiento de interpretación que realiza el investigador. En este caso la categorización se encuentra organizada bajo dos ejes centrales: procesos o fenómenos psicosociales y lógicas en torno a la discapacidad.



## **1) Procesos o fenómenos psicosociales:**

Montero (2004) los define como “Procesos que influyen en las relaciones sociales de las personas y a su vez están influidos por las circunstancias sociales y que suponen subprocesos de carácter cognoscitivo, emotivo, motivacional que tienen consecuencias conductuales (...)” (p. 123).

Siguiendo los objetivos de este trabajo de investigación, se realiza un recorte de mencionados procesos, de acuerdo a lo priorizado teóricamente como así a la disposición en el discurso de los profesionales entrevistados.

**1.1. Naturalización:** Por el mismo se entiende a las formas de sentir, pensar y actuar, que se llevan a cabo de manera maquinal, acrítica, por lo que no se es consciente de las implicancias de las mismas. Se trata de instancias donde no hay preguntas sobre lo dado.

**1.2. Problematización:** Se trata de un proceso movilizador de consciencia. Esto se puede interpretar en la crítica y en la reflexión sobre aquello que aparece como lo dado o establecido y que resulta insatisfactorio y/o excluyente. Es a partir de la presencia de preguntas y cuestionamientos, que se rechazan aquellos modos de ver y actuar predominante, que remiten a un único modo de ser o actuar.

**1.3. Concientización:** Sucede a partir del cuestionamiento sobre una realidad vivenciada como insatisfactoria, injusta y/o excluyente, se toma una posición, se asume otra idea-conducta-sentimientos que “permite pasar de lo real negativo a lo posible deseado” (Montero, 2004, p.126), implica consciencia crítica.

**1.4. Conversión:** Alude a un proceso que supone la ruptura con la experiencia pasada. Esto da cuenta de nuevas acciones y formas, que se llevan a cabo para transformar, en conjunto con otras personas, aquella realidad que vivida como insatisfactoria, injusta y excluyente. Se trata de una acción transformadora.

## **2) Lógicas en torno a la discapacidad:**

La presente categorización alude a conductas, posicionamientos, modos, actitudes y funcionamientos que se adoptan en diversos ámbitos al momento del encuentro con las personas con discapacidad. En este caso y persiguiendo los objetivos de investigación las lógicas se interpretan específicamente en relación a los modos de confección y desarrollo de los tratamientos de las personas que asisten a Progresar.

Este apartado se elaboró teniendo en cuenta los aportes teóricos mencionados en el Capítulo III: “Lógicas en torno a la discapacidad y participación comunitaria”, que destaca autores como: Blanco (2006), Ferreira (2008), Parés (2003),

Santofimio (2016), Sosa (2009), Skliar (2005) y Verdugo Alonso (2016) entre otros. A partir de lo mencionado se define, operativamente, las siguientes lógicas:

**2.1) Lógica exclusiva:** Esta lógica se hace presente en ámbitos e instituciones donde se discrimina a la persona con discapacidad, rechazando su posibilidad de participación en áreas que les competen. Se margina a la persona, no reconociéndola como sujeto de derecho por ende negándole la capacidad de elección y decisión al creer que no serán capaces. Se caracteriza también por el acceso desigual a los derechos, suele acarrear prácticas asistenciales que fomentan dependencia y pérdida de autonomía.

**2.2) Lógica de segregación:** Se puede observar esta lógica en aquellos modos de funcionar, en distintos espacios, donde se separa a la persona con discapacidad del resto de las personas en el desarrollo de las actividades, como así también de la toma de decisiones respecto a actividades que les incumben, en este caso se los aleja de sus tratamientos. El foco está puesto en la discapacidad y en lo que no pueden realizar, configurando así un trato discriminatorio. Esta lógica se caracteriza por generar clasificaciones que ubican al normal en el centro y al anormal en la periferia dando lugar a clasificaciones peyorativas.

**2.3) Lógica de integración:** Alude a una lógica que se puede interpretar en aquellos ámbitos donde la persona con discapacidad comparte los mismos espacios con las personas sin discapacidad. Si bien el foco está puesto en las capacidades y en lo que pueden hacer son las personas con discapacidad las que deben adaptarse a los espacios, lo que lleva a realizar adaptaciones específicas, para que puedan desarrollarse. Esto se plasma en los tratamientos donde se plantea como objetivo principal disminuir aspectos diferenciales y realzar las similitudes con las personas que no se encuentran en situación de discapacidad.

**2.4) Lógica inclusiva:** Esta lógica implica un funcionamiento que considera a la persona con discapacidad como actor que participa activamente, al igual que el resto del entramado social, de las distintas esferas que le conciernen. Así supone acceder a los ámbitos en igualdad de condiciones que cualquier otra persona. Se resaltan capacidades y potencialidades de cada sujeto y las instituciones brindan las mismas oportunidades, beneficios, derechos y obligaciones a cada uno de sus miembros. Se crean espacios teniendo en consideración la diversidad y complejidad de las personas, se atiende a las necesidades de todos poniendo el acento en el contexto, de este modo se posibilita desde en el entorno la participación y elección en actividades relacionadas con los tratamientos.

# ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente apartado se expondrán, a modo de ejemplo, dos recortes de lo realizado en el análisis de las entrevistas de los ocho profesionales que conforman el equipo terapéutico de Progresar. El análisis completo de todas las lógicas –exclusión, segregación, integración, inclusión- se encuentra a disposición en el apartado *Anexo*.

## CUADROS CORRESPONDIENTES AL ANÁLISIS DE **LOS PROCESOS PSICOSOCIALES** INTERVINIENTES EN TORNO A **LA LÓGICA DE EXCLUSIÓN**

**Cuadro 1.**

LÓGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD	P1	P2	P3	P4	PROCESOS PSICOSOCIALES
				<p>"No me había preguntado antes sobre la posibilidad de incluirlos en las decisiones de sus tratamientos, creo que de por sí las personas con discapacidad no deben tomar ciertas decisiones sobre su vida por ahí que otro las tome por ellos es mejor y los ayuda y cuida más".</p> <p>"Tienen demasiado con la rehabilitación, los tratamientos y su medicación para ponerse a decidir el rumbo de sus planes terapéuticos, eso lo facilitamos nosotros"</p>	<b>NATURALIZACIÓN</b>
<b>1.EXCLUSIÓN</b>	"hay formas de trabajar que se han venido haciendo así y a lo mejor si supiéramos escuchar otras cosas saldría mejor, por ej. a uno de los chicos le gusta pesarse afuera, entonces si dejara de pensar que lo usual es que se pesen en el consultorio, podríamos lograr cambios mejores"	"no siempre trabajé en este rubro pero tengo entendido que antes era todo más marcarles la cancha en sus tratamientos y yo me pregunto siempre sobre ese tipo de trato que los deja por fuera y no le sirve ni al profesional"			<b>PROBLEMATIZACIÓN</b>

	ni a los chicos y forma dependencia mutua".			
"a diferencia de cuando empecé a trabajar ahora veo los tratamientos como un camino y no tanto como un fin entonces las desviaciones en los planes las marcan ellos y así se combate el hecho de alejarlos de sus tratamientos, de anular su opinión , juega que como profesional <del>tenés</del> que hacer menos si los dejás hacer más, y he entendido que eso pega en el ego "	" No consideré siempre igual a la discapacidad tuve que cambiar de trabajo, o sea trabajar acá para preguntarme y cambiar mis ideas sino a lo mejor seguía dormido y te decía que no es posible que participen , elijan y estén incluidos en sus tratamientos, bueno hoy te digo que sí lo hacen a su modo , y ya me genera otra cosa que se los discrimine"			<b>CONCIENTIZACIÓN</b>
	"a pedido de los chicos incorporamos a la profe de música y nos acompaña en las actividades y en los talleres porque les resulta más ameno , vimos que funcionaba y quedó así y con eso creo que combatimos el dejarlos fuera o			<b>CONVERSIÓN</b>

**Cuadro 2.**

LÓGICA EN TORNO A LA DISCAPACIDAD	P5	P6	P7	P8	PROCESOS PSICOSOCIALES
EXCLUSIÓN					NATURALIZACIÓN
		"he pensado que es más fácil tratarlos como niños y no asumir que son adultos que necesitan otras habilidades sociales que hay que trabajar, o el ser más activos, pero por ahí es la comodidad del profesional tratarlo como chiquilin y dejarlos fuera de sus decisiones o tratamientos sin verlos"	"a partir de algunas experiencias acá he pensado en lo útil que se torna, a fines terapéuticos, el hecho de escucharlos, verlos, oírlos y sentirlos, para no sostener espacios discriminadores que los pasen por encima anulándolos y callándolos"		PROBLEMATIZACIÓN
					CONCIENTIZACIÓN
					CONVERSIÓN

**CUADROS CORRESPONDIENTES AL ANÁLISIS DE LOS PROCESOS PSICOSOCIALES  
INTERVINIENTES EN TORNO A LA LÓGICA DE INTEGRACIÓN**

**Cuadro 3.**

LOGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD	P1	P2	P3	P4	PROCESOS PSICOSOCIALES
INTEGRACIÓN			<p>“los tratamientos deben servir para equiparar sus capacidades con los demás por eso como profesionales debemos en los tratamientos captar esas habilidades para potenciarlas”.</p> <p>“ En sus tratamientos siempre les brindamos aprendizaje en cuanto a herramientas útiles para insertarse en la sociedad”</p>		NATURALIZACIÓN
			<p>“Yo no creo que tengamos que rehabilitar en el sentido de cambiarlos para integrarlos, porque ellos tienen sus capacidades que no son idénticas a las nuestras, entonces me parece que tiene más que ver con coordinar herramientas que les sean útiles con sus familias y en la calle”</p>		PROBLEMATIZACIÓN
					CONCIENTIZACIÓN
					CONVERSIÓN

**Cuadro 4.**

LÓGICA EN TORNO A LA DISCAPACIDAD	P5	P6	P7	P8	PROCESOS PSICOSOCIALES
INTEGRACIÓN		“El objetivo es que se logren adaptar a la sociedad lo mejor posible y que sea lo menos traumático el tema de la inserción, para eso armamos y desarrollamos lo tratamientos para generar más habilidades y así mejor va a resultar su integración.”	“el fin primordial es, centrándose en las posibilidades del concurrente, lograr en sus tratamientos una compensación de su discapacidad para que puedan adaptarse al entorno, con ayuda de la experticia”  “Creo que es importante que en los tratamientos les brindemos nuevas habilidades ausentes en su repertorio conductual para poder adaptarse mejor a su entorno.”		NATURALIZACIÓN
					PROBLEMATIZACIÓN
					CONCIERTIZACIÓN
					CONVERSIÓN

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Siguiendo los formatos planteados en los cuadros anteriores, se procede a realizar gráficos concluyentes que representen los resultados del análisis empleado.

GRÁFICOS Y TABLAS DE ANÁLISIS DE LAS LÓGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD EN ARTICULACIÓN CON LOS PROCESOS PSICOSOCIALES:

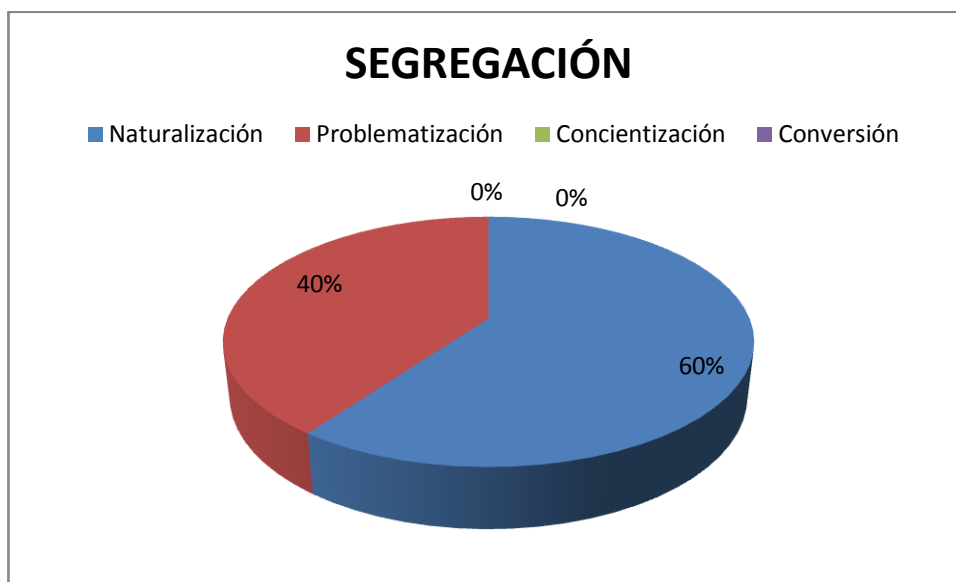


*Gráfico 1:* Análisis de los **procesos psicosociales** intervinientes en la **lógica de exclusión** en torno a la discapacidad, por parte de los profesionales del equipo terapéutico de Progresar.

*Tabla 1.* Frecuencia de aparición de los procesos psicosociales en torno a la exclusión, por parte de los profesionales del equipo terapéutico Progresar.

Procesos psicosociales en relación a la exclusión	Frecuencia de aparición de la unidad de registro
Naturalización	22%
Problematización	45%
Concientización	22%
Conversión	11%

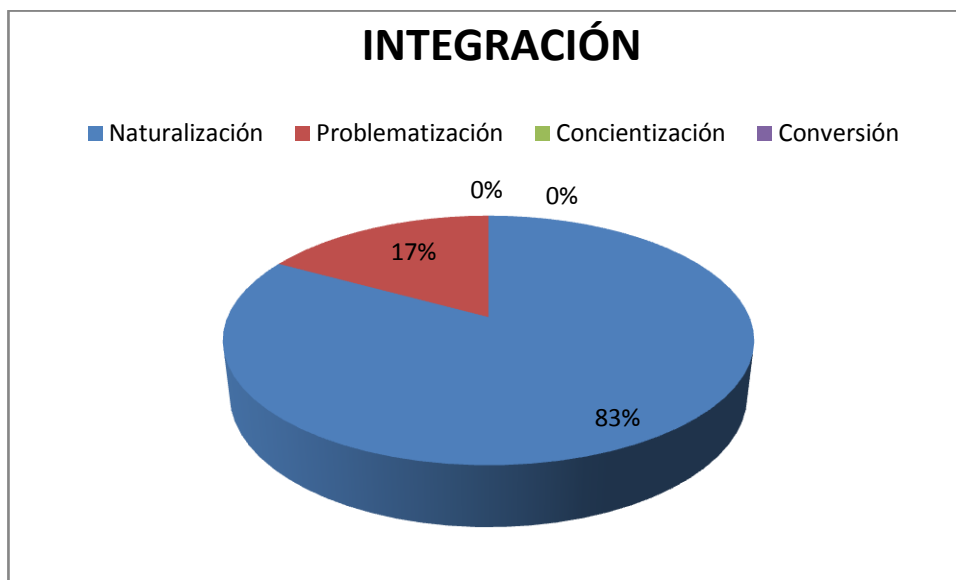




*Gráfico 2:* Análisis de los **procesos psicosociales** intervinientes en la **lógica de segregación** en torno a la discapacidad, por parte de los profesionales del equipo terapéutico de Progresar

*Tabla 2* Frecuencia de aparición de los procesos psicosociales en torno a la segregación, por parte de los profesionales del equipo terapéutico Progresar.

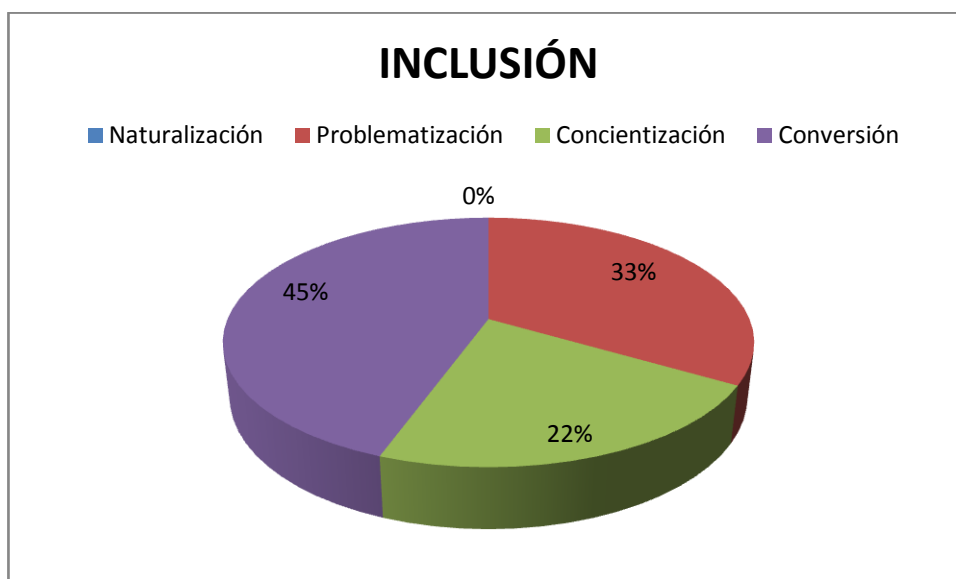
Procesos psicosociales relación a <b>la segregación</b>	Frecuencia de aparición de la unidad de registro
Naturalización	60%
Problematización	40%
Concientización	0%
Conversión	0%



*Gráfico 3:* Análisis de **los procesos psicosociales** intervinientes en **la lógica de integración** en torno a la discapacidad, por parte de los profesionales del equipo terapéutico de Progresar

*Tabla 3.* Frecuencia de aparición de los procesos psicosociales en torno a la integración, por parte de los profesionales del equipo terapéutico Progresar.

Procesos psicosociales en relación <b>a la integración</b>	Frecuencia de aparición de la unidad de registro
Naturalización	83%
Problematización	17%
Concientización	0%
Conversión	0%



*Gráfico 4:* Análisis de los **procesos psicosociales** intervinientes en **la lógica de inclusión** en torno a la discapacidad, por parte de los profesionales del equipo terapéutico de Progresar

*Tabla 4.* Frecuencia de aparición de los procesos psicosociales en torno a la inclusión, por parte de los profesionales del equipo terapéutico Progresar.

Procesos psicosociales relación a <b>la inclusión</b>	Frecuencia de aparición de la unidad de registro
Naturalización	0%
Problematización	33%
Concientización	22%
Conversión	45%

GRÁFICO SINTETIZADOR DE LÓGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD:



Gráfico 5. Análisis de las lógicas que se configuran en torno a la discapacidad, en la totalidad de la muestra consultada.

Tabla 5. Frecuencia de aparición de las lógicas en torno a la discapacidad presentes en todas las personas que conforman la muestra.

Lógicas en torno a la discapacidad	Frecuencia de aparición total de la unidad
Exclusión	24%
Segregación	13%
Integración	16%
Inclusión	47%

## CONCLUSIONES:

Los interrogantes que dieron curso a la presente tesis surgen a raíz de distintas experiencias que fueron consolidándose a lo largo de la carrera universitaria, éstas se desarrollaron en el marco de las prácticas profesionales siempre en instituciones asiduas a la temática de la discapacidad, el disparador inicial tuvo que ver concretamente con la observación de diferentes estrategias implementadas al momento de abordar la temática de rehabilitación en discapacidad.

Algunas maniobras implementadas por los profesionales promovían un rol activo en cuanto a la participación de las personas en sus respectivos tratamientos en términos de elecciones, mientras que otras suponían modelos más paternalistas de rehabilitación donde se consideraba que las personas no eran capaces de tomar decisiones al respecto. De este modo, surgen preguntas como: ¿los profesionales incluyen (o no) a las personas con discapacidad en la construcción y desarrollo de sus tratamientos? ¿Qué procesos psicosociales intervienen en el proceso de inclusión-exclusión de las personas con discapacidad durante la confección de sus tratamientos?

Mediante el trayecto por los capítulos del marco teórico tanto los interrogantes como los objetivos de investigación fueron encontrando respuestas. A lo largo de los dos primeros capítulos se realiza una síntesis que contextualiza el paradigma actual sobre discapacidad mediante un recorrido histórico que da cuenta de los diversos modelos existentes para comprender el fenómeno de la discapacidad, además se hace hincapié en la utilización de ciertas terminologías para referirse a éstas personas, en dicho apartado queda claro que la discapacidad actualmente se entiende como una construcción social.

El segundo capítulo prioriza la descripción de la institución donde se realiza el trabajo de investigación correspondiente a la modalidad Centro de Día, además se despliega el término de retraso mental o discapacidad intelectual, diferenciando así los conceptos de patología crónica y aguda respectivamente. Luego de haber desarrollado algunos puntos relevantes de la temática se procedió a caracterizar las lógicas en torno a la discapacidad, éstas son: exclusión, segregación, integración e inclusión, profundizando además sobre el término de participación comunitaria que complementa al paradigma de la diversidad y la inclusión. Esto permitió comprender el proceso espiralado y dialéctico que suponen las cuatro lógicas interactuando constantemente en el trabajo cotidiano junto a las personas con discapacidad.

Por último, se definieron los diversos fenómenos psicosociales que permitieron leer e interpretar las distintas lógicas mencionadas puestas en juego al momento de planificar y llevar a cabo los tratamientos por parte de los profesionales del equipo terapéutico de PROGRESAR.

La anticipación de sentido supone lo siguiente: “La inclusión de personas con discapacidad intelectual en la confección y desarrollo de sus planes terapéuticos requiere haber problematizado y desnaturalizado lógicas discriminatorias y exclusivas

por parte de los miembros partícipes del equipo de profesionales”. Es decir, si hay problematización y desnaturalización de la discriminación y exclusión, entonces hay lugar para la inclusión de los usuarios en sus respectivos tratamientos.

Las lógicas a las que se hace alusión configuran modos de vinculación que se han desarrollado a lo largo de la historia respecto a las personas con discapacidad. Así, la exclusión configura un trato impregnado de discriminación, rechazo, negación y marginación en relación a cualquier ámbito social. La segregación, por su parte, reconoce a la persona con discapacidad, pero siempre teniendo presente el objetivo de agruparla y separarla del resto, decantando así en tratos discriminatorios que se centran en la discapacidad como un factor negativo a remediar.

Por otro lado, la lógica de la integración supone permitir a la persona con discapacidad participar en los mismos espacios que la persona sin discapacidad, siendo ellos quienes deben adaptarse a estos espacios, de este modo el acento sigue recayendo sobre la persona con discapacidad, resultando integrados pero también separados. Ahora bien, la inclusión plantea la participación activa de todo el entramado social, en los distintos ámbitos de desarrollo, por ello la idea central es brindar las mismas oportunidades, beneficios, derechos y obligaciones, de este modo lo ideal es construir espacios que contemplen y pongan en valor la diversidad de todas las personas. Implica la transformación de sistemas y estructuras acordes a la diversidad social, de este modo ya no es la persona la que tiene que adaptarse a un sistema existente que no contempla modificación alguna.

### **Descripción del análisis de datos**

A partir de las respuestas brindadas por los ocho profesionales a lo largo de las entrevistas, se reflexionó y organizó la información creando posteriormente diversas categorías de análisis ya mencionadas. Este proceso permitió generar atribuciones de sentido que brindaron a su vez explicaciones y respuestas a los objetivos que guiaron este trabajo.

De este modo, teniendo en cuenta el objetivo general de caracterizar el proceso de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad intelectual durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos por parte del equipo terapéutico, se concluye que hay prevalencia de lógicas inclusivas, aunque existen también en menor medida pero en simultaneidad, instancias y espacios que suponen otras lógicas: exclusivas, segregativas e integrativas.

Se presenta con alta frecuencia de aparición, aunque en menor medida que la inclusión, la lógica de integración en relación a los tratamientos, esto denota claros vestigios del principio de normalización y un interés profesional por equiparar las capacidades de las personas con discapacidad respecto a los “otros”, a la vez que

indica un intento profesional de potenciar habilidades en pos de integrar a las personas en la sociedad, respondiendo a un modelo médico-rehabilitador.

Así, la atención ofrecida a las personas con discapacidad se enfoca en la recuperación de las deficiencias, al respecto Bariffi y Palacios (2007, 18) sostienen que “el pasaporte de la integración pasa a ser de este modo la desaparición, o mejor dicho el ocultamiento de la diferencia.” Esto queda expresado en afirmaciones utilizadas por los profesionales del equipo, tales como: “hay que compensar la discapacidad”, “adaptarlos al entorno con ayuda de la experticia”, “brindarles habilidades nuevas, ausentes en su repertorio conductual”, “brindar aprendizaje en cuanto a herramientas útiles para insertarse en la sociedad”, etc.

Se comprende entonces, que desde la integración las personas se conciben como pacientes que carecen de capacidad y conocimientos para intervenir en su propia vida, delegando estas acciones a los profesionales a cargo de su rehabilitación que son los responsables de brindar aquellas habilidades “faltantes” o incluso “ausentes”. A pesar de existir instancias en los tratamientos donde abunda una modalidad integrativa y los profesionales deciden desde su carácter de expertos, transversalmente existen instancias superadoras y críticas al respecto que suponen espacios y términos más inclusivos.

Teniendo esto en cuenta, se señala que la existencia de la lógica integrativa al momento de planificar y llevar a cabo los tratamientos se observa en áreas pertinentes a Terapia Ocupacional, las exclusivas y segregativas abundan entre Enfermería y Terapia de sala, mientras que las lógicas inclusivas prevalecen en áreas de Psicología, Educación Física, Kinesiología y Dirección.

Como se expresó en el capítulo III del marco teórico, la inclusión es un proceso y no un evento particular de un momento dado, implica entonces una búsqueda constante de comprensión y respuesta a la diversidad social. De este modo, es importante aclarar que los procesos de exclusión e inclusión respecto a los tratamientos no sólo se reproducen y sedimentan, sino que se condicionan, siendo la situación más común de la exclusión deambular entre lapsos de inclusión seguidos de otros períodos posteriores de exclusión.

Además, coincidiendo con Alvarado, Moreno y Rodríguez (2009) los profesionales concuerdan en que en la medida en que se logren identificar factores asociados a la exclusión y se diseñen propuestas que busquen soluciones y alternativas a la discriminación se avanza hacia prácticas inclusivas en relación a los tratamientos. En este caso el equipo terapéutico señala que aquellas actitudes que fomenten tratos infantiles, dependientes y pasivos se tornan obstáculos para que las personas logren apropiarse de sus tratamientos y por ende de espacios relevantes en sus vidas. Al respecto un profesional comenta: “he pensado que es más fácil tratarlos como niños y no asumir que son adultos que necesitan otras habilidades sociales que hay que trabajar, o el ser más activos, pero por ahí es la comodidad del profesional tratarlo

como chiquilín y dejarlos fuera de sus decisiones o tratamientos sin verlos, tenemos que estar atentos a eso”.

La reflexión, el cuestionamiento, la crítica, la posibilidad de generar nuevas ideas, se hacen visibles en el discurso de los profesionales entrevistados y en las relaciones que construyen en la Institución. Lo analizado hasta aquí, da cuenta de que se puede hablar de inclusión de las personas con discapacidad intelectual en la construcción y desarrollo de sus tratamientos por parte de los profesionales de Progresar.

Ahora bien, en relación a esto un punto relevante tiene que ver con que a través de un análisis cualitativo emerge un dato valioso con respecto a la escisión que realizan los profesionales del equipo, menos uno, manifestándolo a lo largo de las entrevistas. Esta división tiene que ver con la afirmación de que las prácticas inclusivas en términos de promover la toma de decisiones y la participación de los usuarios resulta más factible durante la etapa de desarrollo o puesta en marcha que en la fase de construcción o planificación, ya que ésta aparece impregnada de métodos y saberes científicos al respecto.

No obstante esto, un profesional reflexionó sobre la posibilidad de desarrollar espacios de debate previos a la confección de los planes terapéuticos en donde profesionales, familias y por supuesto usuarios pudiesen opinar y escoger actividades adecuadas para sus tratamientos en un debate compartido, al respecto expresó: “podría pensarse en un dispositivo que los incluyera en la planificación y no solo en la puesta en marcha. Tendría que ver con un tipo de labor no discriminadora, no se pienso ahora una tarde con merienda... Donde pensemos juntos con y para ellos”.

La prevalencia de la lógica inclusiva al momento de llevar a cabo los tratamientos permite modificar actividades, objetivos y estrategias propuestos previamente por el equipo terapéutico. De este modo, una vez que la persona ingresa a la Institución, se realiza un diagnóstico general desde las diferentes áreas y se plantean una serie de objetivos, una vez puesto en marcha el tratamiento las actividades varían según la recepción que tenga por parte de los usuarios, esto lleva a potenciales modificaciones. Un ejemplo concreto corresponde al taller de higiene personal, donde la primer actividad planteada tenía que ver con el aseo personal, pero uno de los concurrentes decidió cambiar de actividad y pedir ayuda con el mantenimiento de sus lentes, objetivo que se reestructuró en la planificación inicial de su tratamiento.

Entonces, la inclusión implica la transformación de sistemas y estructuras acordes a la diversidad social, es decir, ya no es la persona la que tiene que adaptarse a un sistema existente sino que su entorno debe modificarse para responder a la diversidad humana. Esto, queda ejemplificado en los cambios que realizan los profesionales a petición de los usuarios tales como incluir a la profesora de música en los talleres y en las entrevistas de nutrición o bien la reestructuración de la



planificación del área de educación física donde se decide agregar la actividad concreta de saltar la acequia como objetivo inmediato a lograr, ya que esto les significaba una dificultad en su cotidianidad. Otro de los cambios, que no estaba previsto en la planificación trimestral de las actividades tuvo que ver con la instauración de un nuevo taller de cocina, donde los concurrentes preparan las meriendas diarias para toda la Institución, la decisión de abrir este espacio tuvo que ver con un pedido de los usuarios.

La prevalencia de la lógica inclusiva permite reflexionar sobre la participación, como se abordó a lo largo del marco teórico, el término alude por lo general a diversas acciones tales como: tomar parte, tener parte, ser parte, hacer, poseer o transformar. Se entiende que interpela un papel activo tanto de los profesionales como de las personas con discapacidad intelectual, esta vinculación es posible porque en primer lugar los profesionales muestran una actitud de apertura y escucha y en segundo lugar, creen en una posición activa e independiente de los concurrentes en relación a sus planes terapéuticos, respetando sus elecciones de vida, por mínimas que así parezcan.

De esta manera, la participación aparece como antítesis de lógicas exclusivas o segregativas, como sostiene Aguilar (2001) para poder hablar de participación, es preciso, además que las personas sean capaces de tomar decisiones relativas al tema que las afecta.

A su vez, teniendo en cuenta el objetivo específico de identificar y describir fenómenos psicosociales intervinientes en los procesos de exclusión-inclusión de las personas con discapacidad durante la construcción y desarrollo de sus tratamientos se reconoce la presencia de los procesos psicosociales de naturalización, problematización, concientización y conversión.

Como se mencionó anteriormente hay una coexistencia de diversas lógicas al momento de confeccionar y desarrollar los tratamientos, sin embargo, la exclusión se encuentra cuestionada y problematizada desde los procesos psicosociales, por parte los miembros del equipo, dando lugar a nuevas ideas y prácticas transformadoras asociadas a una modalidad más inclusiva.

Por ello, no resulta azaroso que al abundar instancias inclusivas en relación a los tratamientos, aparezca con mayor frecuencia el fenómeno psicosocial de la problematización de la exclusión de las personas con discapacidad a la hora de decidir sobre sus tratamientos. En este caso, se relaciona específicamente con la reflexión sobre acciones u opiniones de sucesos considerados normales, inevitables o habituales en relación a los tratamientos.

Esto tiene que ver con el hecho de que los profesionales cuestionan el supuesto carácter infantil y dependiente que se les adjudica a las personas con discapacidad que imposibilita, según ellos, la posibilidad de tomar decisiones en forma autónoma.

Durante las entrevistas, los profesionales reflexionaron también sobre la necesidad de apertura frente a otros modos de expresión, distintos del verbal, de modo que estos resaltan la importancia de mantener una actitud de apertura hacia nuevos modos de expresión: gestuales, posturales y visuales entre otros. En relación a esto un profesional expresa: “a partir de algunas experiencias acá he pensado en lo útil que se torna, a fines terapéuticos, el hecho de escucharlos, verlos, oírlos y sentirlos, para no sostener espacios discriminadores que los pasen por encima anulándolos y callándolos, no es cuestión de que solo ellos se hagan entender”.

Por otro lado y en forma congruente se observa un alto porcentaje de conversión respecto a la inclusión, esto significa que se producen cambios en los procesos de conocimiento y de percepción mediante el cual se adoptan los puntos de vistas o respuestas de otros y supone una ruptura con la experiencia pasada. En este caso particular se reconoce la relevancia de incorporar peticiones y decisiones de las personas con discapacidad intelectual al momento de desarrollar los tratamientos.

Este proceso se hace posible gracias a que se pudo previamente a través de un proceso crítico de conocimiento, desechar el carácter natural relacionado con ciertos fenómenos, reflexionando sobre sus consecuencias y produciendo de esta forma una movilización del campo cognoscitivo. Esto , lleva a la transformación de circunstancias alienantes que repercuten en la experiencia sostenida en el tiempo. Ejemplo de esto es la incorporación de la profesora de música en las diferentes actividades de los tratamientos , modificación pedida por los usuarios que logró mantenerse durante los últimos meses.

A partir de esto y en carácter hipotético, se da cuenta que los procesos mencionados están movilizando y criticando practicas exclusivas, segregativas y en menor medida integrativas respecto a los tratamientos, que tienen lugar en el Centro de Día.

Para finalizar, se resalta el hecho de que los profesionales de *Progresar* a través de sus documentos institucionales, publicidades, páginas de contacto e incluso en su quehacer cotidiano caracterizan su labor en relación a la integración. Sin embargo, la investigación revela que la construcción y el desarrollo de los tratamientos incorporan también lógicas inclusivas y participativas respecto a las personas que allí asisten, de modo que se encuentran *progresando* hacia nuevos caminos.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?* Madrid: Ediciones Díaz de Santo.

Alfaro-Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32 (1), 63-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748711005>

Alvarado, A.; Moreno, M y Rodriguez, M. (Abril, 2009). Inclusión social y participación comunitaria: Una perspectiva de trabajo frente a la discapacidad. *Revista Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 61-74.

American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2010). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

American Psychiatric Association. (2015) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos, 217 (III) A. Paris. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Barrifi, F. Palacios, A. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos*. Madrid: Grupo editorial Cinca, S.A.

Blanco G., Rosa (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 4 (3), 1-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/551/55140302.pdf>

Cea Madrid, J (agosto, 2015). Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectiva de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y crítica de la psicología*, 5, 79-97.

Cea Madrid, J. (2019). Locos por nuestros derechos: comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de psicología*. 21(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.5565/rev/psicologia.1502>

Colmenero, M. J. (2015). Caminando hacia una educación inclusiva. Caminando hacia una sociedad inclusiva. *Iniciación a la investigación*, 6. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/viewFile/2554/2083>

Dussel, E. (1979) El método de pensar latinoamericano: la analéctica como ruptura teórica. En Dussel, E. (Ed.) *Filosofía de la liberación*. Bogotá: Nueva América. Recuperado de <http://www.ifil.org/dussel/textos/14/08pp221-241.pdf>

Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, 15-30. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion\\_oms.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf)

Fernández Iglesia, J. L. (2006). *Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación*. Madrid: Polibea S.L.

Ferreira, M. (2008) Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 128, 141-174. Recuperado de [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_124\\_051222873458779.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_124_051222873458779.pdf)

Freire, P. (1970) *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.

García Alonso, I. (2005) Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención psicosocial*, 14 (3), 255-276.

García Ruiz, A., y Fernández Moreno, A. (2005). La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y la diferencia. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(2). Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/590>

Guillen, A., K. Sáenz, M.H. Badii y J. Castillo. (2009). Origen, espacio y niveles de participación ciudadana. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 4(1): 179-193. doi: ISSN 1870-557X.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Promulgada 2 de Diciembre de 1997. República Argentina. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

Laspiur, S; Gonzalez, G. (2016). Abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires: Redes.

López Silva, P. (marzo, 2013). Realidades, construcciones y dilemas. Una revisión al construccionismo. *Cinta de Moebio*, 46,9-25.

Maldonado, J. (2013) Modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 138, 1093-1109. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>

Meléndez Labrador, S. (2016) Comunicación interna incluyente: Dos estudios de caso de inclusión aboral de personas con Discapacidad auditiva en Bogotá. *Investigación & Desarrollo*, 24 (1), 26-52. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/indes.24.1.8683>

Mezzabotta, M. F. (2018). *Re-pensando la inclusión laboral: procesos psicosociales en una empresa con modelos laborales inclusivos*. (Tesina de Licenciatura en Psicología inédita). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Moiso, A ; Mestorino, M ; Ojea , A. (2007). *Fundamentos de la salud pública*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de la Plata.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Montero, M. (2012) *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.

Organización de las Naciones Unidas (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud: versión abreviada* [Versión Adobe Acrobat Reader DC]. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=A2335EF82B014E15B2885C736E7A4FFE?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=A2335EF82B014E15B2885C736E7A4FFE?sequence=1)

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: ONU. Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Pantano, L. (octubre, 2007) La palabra “discapacidad” como término abarcativo. Observaciones y comentarios sobre su uso. *Cuestiones Sociales y Económicas*, V (9), 105-125. Recuperado de [http://www.unter.org.ar/imagenes/Pantano\\_liliana.pdf](http://www.unter.org.ar/imagenes/Pantano_liliana.pdf)

M. A. (200). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición*

*traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.

Parés, B. (2003). Educación de las personas con discapacidad: una tarea que se construye. Mendoza: Efe.

Real Academia Española (2014) Diccionario de lengua española (23° ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=DglqVCc>

Rosa Castejón, M. (14 de septiembre de 2014) Segregación, inclusión, exclusión, integración y equidad [Mensaje en un blog] Desde mi azotea: una visión particular de la educación. Recuperado de <https://miguelrosacastejon.wordpress.com/2017/09/14/segregacion-inclusion-exclusion-integracion-y-equidad-2/>

Saavedra, A. (2001) Discapacidad: exclusión/ inclusión. *Revista Mad*, 5 (7). Recuperado de <https://www.independentliving.org/docs7/saavedra200109.html>

Saleh, L. (2005) La inclusión desde la mirada internacional. En UNICEF, Ministerio de Educación, MINSAL, UNESCO, Ministerio del Trabajo, PNUD, FONADIS, OIT (Ed.), *Seminario internacional: inclusión social, discapacidad y políticas públicas* (pp.11-19) Santiago de Chile: Nuestra Riqueza. Recuperado de [http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf)

Sandoval Mena, Echeita Sarrionandi, Simón Rueda y López Cruz (2012) *Educación inclusiva: Iguales en la diversidad*. España: Instituto Superior de Formación y Recursos en Red para el Profesorado. Recuperado de [http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/126/cd/pdf/m3\\_ei.pdf](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/126/cd/pdf/m3_ei.pdf)

Santofimio-Rojas, G. (2016). De la anomalía a la discapacidad, una larga historia de exclusión social: de la muerte, al destierro y el repudio a la inclusión educativa. *Revista Inclusión & Desarrollo*, 3, 34-46. doi:10.26620/uniminuto.inclusion.3.2.2016.34-46

Schalock, R. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Siglo Cero*, 30 (1), 5-20. Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6.pdf>

Sinisi, L. (2010). Integración o inclusión escolar: ¿un cambio de paradigma?. *Boletín de antropología y educación*, 1, 11-13.

Sosa, M. (2009) Reflexiones sobre la discapacidad. Dialógica de la inclusión y la exclusión en las prácticas. *Ágora para la EF y el Deporte*, 9, 57 – 82. Recuperado de [https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjertLd1ZbYAhVGDZAKHeXuBgQQFgguMAE&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2900332.pdf&usg=AOvVaw0azazeYMQpnQ3heYy\\_AqXZ](https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjertLd1ZbYAhVGDZAKHeXuBgQQFgguMAE&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2900332.pdf&usg=AOvVaw0azazeYMQpnQ3heYy_AqXZ)

Stang Alva, M. (2011). *Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real* [Versión Adobe Acrobat Reader DC] Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074_es.pdf)

Skliar, C. (2005). Poner en tela de juicio la normalidad, no la anormalidad. Políticas y falta de políticas en relación con las diferencias en educación. *Educación y Pedagogía*, 17 (41), 9-22. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/viewFile/6024/5431>

Skliar, C. (2011) Lo dicho, lo escrito, lo heredado. En Larrosa, J. y Skliar, C. (Ed.) *Educación: Otros Lenguajes* (pp. 99 -112). España: Miño y Dávila.

Vázquez-Barquero, J.L.; Herrera Castanedo, S.; Ramos Martín-Vegue, A.J. y Gaité Pindado, L. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. *Papeles médicos*, 10 (4), 177-184. Recuperado de [http://www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4f01e44eb406bpapeles\\_medicos\\_10\\_4\\_completo.pdf](http://www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4f01e44eb406bpapeles_medicos_10_4_completo.pdf)

Velarde Lizama, V. (2012) Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Empresa & Humanismo*, XV (1). Recuperado de <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/empresa-y-humanismo/article/viewFile/4179/3572>

Verdugo, A. (2003) De la segregación a la inclusión escolar. En Obra Social y Cultural Cajasur (Ed.) *Educación para la vida*. España: Obra Social y Cultural Cajasur. Recuperado de <https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/segregacion.pdf.pdf>

Vega, A ; Gonzalez , E. (2009). Apoyo social elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 16 , 1-11.

# ANEXO

❖ Cuadros correspondientes al análisis de los procesos psicosociales intervinientes en torno a la lógica de segregación:

**Cuadro 5.**

LÓGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD	P1	P2	P3	P4	PROCESOS PSICOSOCIALES
SEGREGACIÓN	“Bueno los tratamientos se van armando por el equipo de área. Los chicos no participan al armarlo porque ,como te digo, hay ciertas cosas que solo nosotros los profesionales sabemos, por eso lo vemos y después les comunicamos”			“ creo que están en esta institución por y para algo justamente para que les armemos el mejor tratamiento posible y acorde a ellos”	NATURALIZACIÓN
			“Quizás nos vemos apartados trabajando acá en este edificio, pero internamente no seguimos marginando como se hace con nosotros en general, acá somos seres humanos iguales todos con decisión”	“No creo que porque acá se trabaje con personas con discapacidad, se las trate como marginadas de sus decisiones, nos permitimos como equipo romper ese esquema social, o porqué pasen acá su cotidianeidad van a tener que ser marginados? No”	PROBLEMATIZACIÓN
					CONCIENTIZACIÓN CONVERSIÓN



**Cuadro 6.**

LÓGICA EN TORNO A LA DISCAPACIDAD	P5	P6	P7	P8	PROCESOS O FENÓMENOS PSICOSOCIALES
SEGREGACIÓN	“ antes que incluirlos me parece mejor que alguien decida por ellos, como los menores que no se pueden casar, bueno en este caso es parecido, claro que entienden pero elegir te diría que es mejor que lo hagan los profesionales en este ámbito de trabajo”				NATURALIZACIÓN
					PROBLEMATIZACIÓN
					CONCIERTIZACIÓN
					CONVERSIÓN

❖ Cuadros correspondientes al análisis de los procesos psicosociales intervinientes en torno a la lógica de inclusión

**Cuadro 7.**

LÓGICAS ENTORNO A LA DISCAPACIDAD	P1	P2	P3	P4	PROCESOS PSICOSOCIALES
INCLUSIÓN		<p>“en el armado en sí del plan no sé si tengan participación...podría pensarse en un dispositivo que los incluyera en la planificación y no solo en la puesta en marcha. Tendría que ver con un tipo de labor no discriminadora, no se pienso ahora una tarde con merienda, <del>donde</del> pensemos juntos con y para ellos. Incluso con sus familias porque no”</p> <p>“un obstáculo que vengo planteándome sería pasar por alto que tienen el mismo derecho y posibilidad de elección en sus tratamientos que vos o yo, sino son recipientes a llenar y los subestimás, no me parece”</p>	<p>“se habla mucho de la dignidad y para lograr eso creo que habría que comenzar por pensar cosas concretar y que participen de sus tratamientos al ir decidiendo es una, para eso hay que construir espacios de escucha”</p>		NATURALIZACIÓN
					PROBLEMATIZACIÓN

	<p>“a diferencia de cuando empecé a trabajar ahora veo los tratamientos como un camino y no tanto como un fin entonces las desviaciones las marcan ellos y así se combate alejarlos de sus tratamientos, se los incluye”</p>	<p>“eso pude darme cuenta en el trabajo con ellos que es como con cualquiera de nosotros si dejamos de elegir vivimos una vida que no es la propia, para que no pase justamente eso y pierdan su autonomía hay que lograr la inclusión a la hora de decidir en sus tratamientos”</p>	<p>“me di cuenta que planteaba la actividad grupal pero después uno de los chicos mostraba no <del>se</del>, mayor interés por el cuidado de las zapatillas nuevas, otro por el uso de lentes y así van haciendo sus elecciones y fui tratando de escuchar e incluirlos en cuanto a eso”</p>		CONCIENCIACIÓN
	<p>“propuse para cambiar concretar un espacio que fuera de ellos, porque me pedían cocinar y así es como hoy mantenemos el taller de cocina”</p>	<p>“el tratamiento es un proceso de construcción porque necesitamos el registro y decisión de ellos, yo no hago las mismas actividades que el año pasado en cuanto a objetivos de tratamientos, los incluyo y por eso cambia” “a pedido de los chicos incorporamos a la profe de música nos acompaña en las actividades o el taller <del>kinésico</del> porque les resulta más ameno y vimos que funcionaba y quedó”</p>	<p>“hace un tiempo que sostengo en la etapa de planificación tomarme un tiempo para conocerlos y que de esa manera me vayan marcando el rumbo de lo que les gusta para incluir eso en sus planes terapéuticos, eso me ha funcionado bastante bien desde hace un tiempo que lo probé” “hago como una primer instancia de tanteo entonces veo que rechazan y que han elegido para que planeemos los <del>trat.</del>”</p>		CONVERSIÓN

**Cuadro 8.**

LÓGICAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD	P5	P6	P7	P8	PROCESOS PSICOSOCIALES
INCLUSIÓN		<p>“trabajamos con que cada uno a su manera pueda elegir como va a participar en la actividad del tratamiento y si quieren patear la pelota en vóley ¿Cuál es el problema?”</p> <p>“los obstáculos tienen que ver con que nosotros no damos el espacio necesario para manifestarse en sus tratamientos. A lo mejor no les gusta la actividad no la hacen y nosotros insistimos y se vuelve una barrera, porque no estarían siendo vistos o sea incluidos”</p>		<p>“Pienso que si se incluyen en sus propios planes favorece a correrse del lado de la discapacidad y trabajar desde la potencialidad. Creo que así elijen en qué quieren crecer y aprender cada uno en su vida”</p>	NATURALIZACIÓN PROBLEMATIZACIÓN
				<p>“ hemos pensando en ir especificando la particularidad con la que cada uno de los chicos desea continuar su tratamiento dentro del marco gral, por ejemplo dentro del taller de reciclaje al Nacho le gustan los móviles , la idea es que quede asentado en su legajo</p>	CONCENTIZACIÓN

				<p>para próximas actividades porque lo relaja , le gusta lo elije”</p>	
		<p>“ había planeado varias actividades de deportes, pero ellos me pidieron practicar saltar al acequia porque se caían y me hizo pensar... y así cambié la actividad, porque fueron dándole forma a su propio tratamiento, sino era ignorarlos”</p>		<p>“el kine ahora trabaja en conjunto, en la misma sesión, con la profe o tallerista de música y esto desde el comienzo no estuvo planteado así como modo de trabajo, pero vimos que a los chicos les resultaba mejor y les hacía bien y mejoraban las sesiones de kinesiología, incluso lo incorporamos a las de peso en nutrición y así fue quedando, esas son sus elecciones.”</p> <p>“nos pasaba que por ejemplo en la SALA 1 estaba funcionando el taller de cocina y en la SALA 2 el de música y uno de los chicos escuchaba la música y se iba hacia la otra sala , y nos pareció que había que dejarlos, respetarlo porque son variaciones que les resultan y así fue quedando”</p>	CONVERSIÓN

- ❖ Consentimiento informado de los profesionales del equipo terapéutico y Seguro de la institución:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

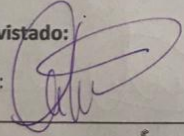
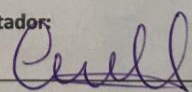
Declaro en forma libre y voluntaria, que he sido informado sobre la investigación que se realizará nombrada: *"Una perspectiva psicosocial del proceso de confección y desarrollo de los planes terapéuticos, de personas con discapacidad, en un centro de día de la provincia"*.

Esto se efectuará mediante **entrevistas semiestructuradas** en los que participaré. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la actividad orientada hacia la **formación y la investigación, la protección de la confidencialidad** y que tengo la opción de rehusar la continuidad de mi participación en cualquier momento.

Me ha sido comunicado, que la información que brinde será grabada para la utilización de la misma, con propósitos investigativos. Se me ha garantizado la confiabilidad y anonimato de la misma. Asimismo, se me ha sido informado que los datos obtenidos serán usados solo para esta investigación.

Se me ha notificado que ante cualquier duda que se presente en torno a tal investigación, puedo comunicarme con la estudiante Carla Granzotto, que es quién realizará este proceso. El número de contacto es (261) 155876159.

He consentido y dado mi autorización para la realización de lo mencionado. En Luján de Cuyo Mendoza, a los 16 días del mes Septiembre de 2019.

<p><b>Entrevistado:</b></p> <p>Firma: </p> <p>Aclaración: <u>Andres Romina</u></p> <p>DNI <u>30836033</u></p>	<p><b>Entrevistador:</b></p> <p>Firma: </p> <p>Aclaración: Granzotto Carla.</p> <p>DNI: 38.101.241</p>
--	--

*Quisiera*  
Marcela Mastroratto  
DNI 21917055

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro en forma libre y voluntaria, que he sido informado sobre la investigación que se realizará nombrada: *"Una perspectiva psicosocial del proceso de confección y desarrollo de los planes terapéuticos, de personas con discapacidad, en un centro de día de la provincia"*.

Esto se efectuará mediante **entrevistas semiestructuradas** en los que participaré. Se me ha explicado ampliamente la naturaleza y el propósito de la actividad orientada hacia la formación y la investigación, la protección de la confidencialidad y que tengo la opción de rehusar la continuidad de mi participación en cualquier momento.

Me ha sido comunicado, que la información que brinde será grabada para la utilización de la misma, con propósitos investigativos. Se me ha garantizado la confiabilidad y anonimato de la misma. Asimismo, se me ha sido informado que los datos obtenidos serán usados solo para esta investigación.

Se me ha notificado que ante cualquier duda que se presente en torno a tal investigación, puedo comunicarme con la estudiante Carla Granzotto, que es quién realizará este proceso. El número de contacto es (261) 155876159.

He consentido y dado mi autorización para la realización de lo mencionado. En Luján de Cuyo Mendoza, a los 9 días del mes Agosto de 2019.

**Entrevistado:**

Firma:

Aclaración: Maria Morales

DNI

23 031 741

**Entrevistador:**

Firma:

Aclaración: Granzotto Carla.

DNI: 38.101.241



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro en forma libre y voluntaria, que he sido informado sobre la investigación que se realizará nombrada: *"Una perspectiva psicosocial del proceso de confección y desarrollo de los planes terapéuticos, de personas con discapacidad, en un centro de día de la provincia"*.

Esto se efectuará mediante **entrevistas semiestructuradas** en los que participaré. Se me ha explicado ampliamente la naturaleza y el propósito de la actividad orientada hacia la formación y la investigación, la protección de la confidencialidad y que tengo la opción de rehusar la continuidad de mi participación en cualquier momento.

Me ha sido comunicado, que la información que brinde será grabada para la utilización de la misma, con propósitos investigativos. Se me ha garantizado la confiabilidad y anonimato de la misma. Asimismo, se me ha sido informado que los datos obtenidos serán usados solo para esta investigación.

Se me ha notificado que ante cualquier duda que se presente en torno a tal investigación, puedo comunicarme con la estudiante Carla Granzotto, que es quién realizará este proceso. El número de contacto es (261) 155876159.

He consentido y dado mi autorización para la realización de lo mencionado. En Luján de Cuyo Mendoza, a los 9 días del mes Agosto de 2019.

**Entrevistado:**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: LEON ESTROZ

DNI

35311719

**Entrevistador:**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: Granzotto Carla.

DNI: 38.101.241

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro en forma libre y voluntaria, que he sido informado sobre la investigación que se realizará nombrada: *"Una perspectiva psicosocial del proceso de confección y desarrollo de los planes terapéuticos, de personas con discapacidad, en un centro de día de la provincia"*.

Esto se efectuará mediante **entrevistas semiestructuradas** en los que participaré. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la actividad orientada hacia la formación y la investigación, la protección de la confidencialidad y que tengo la opción de rehusar la continuidad de mi participación en cualquier momento.

Me ha sido comunicado, que la información que brinde será grabada para la utilización de la misma, con propósitos investigativos. Se me ha garantizado la confiabilidad y anonimato de la misma. Asimismo, se me ha sido informado que los datos obtenidos serán usados solo para esta investigación.

Se me ha notificado que ante cualquier duda que se presente en torno a tal investigación, puedo comunicarme con la estudiante Carla Granzotto, que es quién realizará este proceso. El número de contacto es (261) 155876159.

He consentido y dado mi autorización para la realización de lo mencionado. En Luján de Cuyo Mendoza, a los 16 días del mes Septiembre de 2019.

**Entrevistado:**

Firma: Olivero Leopoldo

Aclaración: Polos Giarina

DNI 38101102

**Entrevistador:**

Firma: Carla Granzotto

Aclaración: Granzotto Carla.

DNI: 38.101.241

09108

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Declaro en forma libre y voluntaria, que he sido informado sobre la investigación que se realizará nombrada: *"Una perspectiva psicosocial del proceso de confección y desarrollo de los planes terapéuticos, de personas con discapacidad, en un centro de día de la provincia"*.

Esto se efectuará mediante **entrevistas semiestructuradas** en los que participaré. Se me ha explicado ampliamente la naturaleza y el propósito de la actividad orientada hacia la formación y la investigación, la protección de la confidencialidad y que tengo la opción de rehusar la continuidad de mi participación en cualquier momento.

Me ha sido comunicado, que la información que brinde será grabada para la utilización de la misma, con propósitos investigativos. Se me ha garantizado la confiabilidad y anonimato de la misma. Asimismo, se me ha sido informado que los datos obtenidos serán usados solo para esta investigación.

Se me ha notificado que ante cualquier duda que se presente en torno a tal investigación, puedo comunicarme con la estudiante Carla Granzotto, que es quién realizará este proceso. El número de contacto es (261) 155876159.

He consentido y dado mi autorización para la realización de lo mencionado. En Luján de Cuyo Mendoza, a los 9 días del mes Agosto de 2019.

**Entrevistado:**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: Wania Rizzo

DNI

37000523

**Entrevistador:**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: Granzotto Carla.

DNI: 38.101.241





Mendoza, 06 de Abril de 2019.

Sra Directora  
Centro Día Progresar  
Natalia Cortijo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

Nos dirigimos a Ud. con el objeto de solicitar autorización para que la alumna de la Licenciatura en Psicología, cuyos datos se consignan a continuación, realice Proyecto de Investigación en la institución que Ud. dirige:

**Nombre:** GRANZOTTO BENARD, Carla

**DNI:** 38101241

**Materia:** Tesis

**Supervisor:** Lic Gustavo Tomba

**Duración:** 10/04/2019 hasta: 30/12/2019

**Horarios:** 8:00:00 AM a 8:00:00 PM

**Compañía y número de póliza:** Triunfo Cooperativa de Seguros Limitada:  
Responsabilidad Civil (N° 1.007.195) y Accidentes Personales (N° 12/1011450).

Saludamos a usted atentamente.

Lic. Cristina Marilde Pérez  
Secretaria

Mgter. Hugo Alberto Lupiañez  
Decano