

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DISCAPACIDAD POR PARTE DE LOS
MIEMBROS DE LOS CONSEJOS LOCALES DE DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE
BOGOTA D.C.**

DIANA ROCIO VARGAS PINEDA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
BOGOTA D.C.**

2006

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DISCAPACIDAD POR PARTE DE LOS
MIEMBROS DE LOS CONSEJOS LOCALES DE DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE
BOGOTA D.C.**

DIANA ROCIO VARGAS PINEDA

Tesis para optar al título de Magíster en Salud Pública

Directora

ALICIA TRUJILLO ROJAS, M.A., OTR

Profesora Emérita

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

BOGOTA D.C.

2006

DEDICATORIA

*A las personas con discapacidad por quienes
luchamos por lograr una mejor calidad de vida*

*A mis padres y mi hermana por su apoyo incondicional
y permanente en cada paso de mi vida*

*Con inmenso amor a mi pequeña y maravillosa familia
César Iván y Sara María*

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

- ✓ **La profesora Alicia Trujillo por compartir conmigo sus valiosos conocimientos y ser orientadora del presente trabajo.**
- ✓ **Los profesores Eduardo Aguirre, Lucero Zamudio y Clemencia Cuervo, quienes hicieron importantes aportes en las diferentes fases del estudio.**
- ✓ **Las personas con discapacidad y los miembros de los consejos locales de discapacidad visitados quienes de manera generosa me comunicaron sus experiencias y su sentir.**

RESUMEN

Las personas con discapacidad se constituyen cada vez más en un grupo creciente en países como Colombia, debido a los cambios en la composición poblacional, la alta prevalencia de enfermedades crónicas y el conflicto armado, con los eventos discapacitantes que estos generan.

Como objeto social la discapacidad ha generado diversas percepciones que por tradición la han ligado a eventos dolorosos y a explicaciones de orden sobrenatural. Esta situación ha llevado a que las personas con discapacidad sean un grupo excluido de la sociedad.

Se utiliza el concepto de representación social como aporte en la comprensión de las percepciones de las personas que componen los consejos locales de discapacidad y la posible influencia de estos pensamientos en su labor como asesores de planes y proyectos a nivel local. El estudio aporta a la reorientación de las percepciones de las personas con discapacidad y de las acciones locales.

Se eligieron las experiencias de las localidades de Fontibón y La Candelaria como consejos locales ya constituidos. El estudio profundiza en tres categorías Concepción, Integración y Trato hacia las personas con discapacidad, para esto, se vale de instrumentos y técnicas tanto cualitativos como cuantitativos, para enriquecer la comprensión de tema. En un primer momento se empleó un cuestionario autodilucidado con asociaciones libres, preguntas abiertas y cerradas y una expresión gráfica a la cual le fue asignado un título. En un segundo momento se llevó a cabo un grupo focal, el cual profundizó en las categorías planteadas.

Los resultados evidencian que los participantes se encuentran en una transición en cuanto está presente la idea tradicional de comprensión de la discapacidad bajo concepciones negativas de la persona y de la sociedad. Pero por otro lado y con una menor presencia, se encuentran atribuciones positivas de la discapacidad y de la sociedad. La mayor presencia de concepciones negativas ha generado un trato negativo visible en la familia, la comunidad y en los funcionarios que prestan servicios hacia las personas con discapacidad y en la integración de estas personas en las actividades que se ofrecen desde los diversos sectores de atención. Se plantea a partir de esto la importancia de generar unos ejes para la acción que permitan la reformulación de la concepción hacia la discapacidad, centrado en el contacto con la población.

Palabras Claves: Representaciones Sociales, Discapacidad, Personas con discapacidad, Salud Pública, Rehabilitación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DELIMITACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.3 DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS.....	9
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 DISCAPACIDAD.....	11
2.1.1 Revisión del concepto	11
2.1.2 Referentes históricos	17
2.1.3 Aspectos epidemiológicos	23
2.1.3.1 Cifras mundiales	25
2.1.3.2 Situación colombiana	30
2.1.4 Legislación y política	36
2.2 REPRESENTACIONES SOCIALES	42
2.2.1 Definición del concepto	42
2.2.2 Elementos y organización	48
2.3 PERCEPCIONES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	54
3. DISEÑO METODOLOGICO	61
3.1 TIPO DE ESTUDIO	61
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	61
3.3 INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	66
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	70
4.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES	71
4.2 INFORMACIÓN ESPECÍFICA	74
4.2.2 Categoría concepción de la discapacidad.....	74
4.2.3 Categoría integración de las personas con discapacidad	92
4.2.4 Categoría trato hacia las personas con discapacidad	108

5. CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y EJES PARA LA ACCIÓN.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
ANEXOS	143

LISTA DE TABLAS

	pág
Tabla 1. Modelos de la discapacidad	23
Tabla 2. Principales enfermedades o traumatismos que aportan mayor carga de la morbilidad a nivel mundial por AVAD	25
Tabla 3. Prevalencia de la discapacidad en países seleccionados	28
Tabla 4. Asociaciones libres surgidas bajo el término inductor discapacidad	75
Tabla 5. Definiciones de la discapacidad	78
Tabla 6. Ejemplos de tipos de discapacidades	80
Tabla 7. Tipos de discapacidad y nivel de limitación	81
Tabla 8. Razones por las cuales una persona puede presentar una discapacidad.	82
Tabla 9. Es la discapacidad una forma de enfermedad	83
Tabla 10. Existen ayudas para integración social de la persona con discapacidad	92
Tabla 11. Existen ayudas para integración educativa de la persona con discapacidad	94
Tabla 12. Existen ayudas para la integración vocacional y/o laboral de la persona con discapacidad	95
Tabla 13. Existen ayudas para la integración en salud de la persona con discapacidad	96
Tabla 14. Existen ayudas para la integración recreodeportiva de la persona con discapacidad	98
Tabla 15. Existen ayudas para la integración cultural de la persona con discapacidad	99
Tabla 16. Trato propuesto hacia las personas con discapacidad	109
Tabla 17. Hay diferencia en el trato que reciben y deben recibir las personas con discapacidad por parte de la familia, la comunidad y los funcionarios	110
Tabla 18. Principales actitudes de la comunidad hacia las personas con discapacidad	112
Tabla 19. Trato a fomentar	113
Tabla 20. Trato a evitar	114

LISTA DE CUADROS

	pág
Cuadro 1. Prevalencia de discapacidad según causas, 1994.	31
Cuadro 2. Primeras causas de AVISA por discapacidad por edad y género, 1995	33
Cuadro 3. Síntesis de acciones en discapacidad para los sectores salud, trabajo, educación, recreación, deporte, cultura y accesibilidad.	39
Cuadro 4. Población discapacitada en La Candelaria y en el Distrito, según censo DANE 1993	65
Cuadro 5. Población discapacitada en Fontibón y en el Distrito, según censo DANE 1993	66
Cuadro 6. Información general de los participantes	71
Cuadro 7. Contacto pasado con personas con discapacidad	72
Cuadro 8. Contacto actual con personas con discapacidad	73
Cuadro 9. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría influencia histórica	86
Cuadro 10. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría capacidades	86
Cuadro 11. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría capacidades	87
Cuadro 12. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría aceptación de la condición de discapacidad	88
Cuadro 13. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría igualdad de derechos y deberes	89
Cuadro 14. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría manejo del término discapacidad	89
Cuadro 15. Síntesis de los resultados categoría concepción	90
Cuadro 16. Categorización grupos focales – integración, subcategoría ámbitos y actividades de integración	100
Cuadro 17. Categorización grupos focales – integración, subcategoría necesidades básicas a solventar	101
Cuadro 18. Categorización grupos focales – integración, subcategoría instituciones y funcionarios	102
Cuadro 19. Categorización grupos focales – integración, subcategoría sensibilización	103

Cuadro 20. Categorización grupos focales – integración, subcategoría oportunidades para la integración	104
Cuadro 21. Categorización grupos focales – integración, subcategoría participación	104
Cuadro 22. Categorización grupos focales – integración, subcategoría papel del consejo de discapacidad	105
Cuadro 23. Síntesis de los resultados de la categoría integración	106
Cuadro 24. Categorización grupos focales – trato, subcategoría trato como seres humanos.	115
Cuadro 25. Categorización grupos focales – trato, subcategoría discriminación y lástima	116
Cuadro 26. Síntesis de los resultados de la categoría trato	117

INTRODUCCIÓN

Las personas en el medio en el que se encuentren forman una visión de su mundo a partir de las experiencias vividas y de la recepción de información transmitida generacionalmente, que integra contenidos culturales. Existe una necesidad innata de las personas para entender lo que se encuentra a su alrededor, desde objetos y personas, hasta situaciones y comportamientos específicos. La comprensión de los diferentes fenómenos lleva a que el individuo establezca diversos puntos de vista alrededor de estos.

La construcción y organización de las ideas que llevan a comprender los fenómenos sociales, permiten que la persona consolide su sistema de creencias y actúe según este. En la esfera grupal las ideas personales son afectadas por los demás miembros del grupo por manifestaciones como las representaciones sociales, las cuales sustentan los comportamientos hacia diferentes objetos sociales. Las representaciones varían según la pertenencia social de las personas y la interiorización de experiencias, prácticas y modelos de comportamiento, así como intervienen en la construcción de una realidad y conocimiento común a una agrupación social. Las representaciones se entienden como “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede y dar un sentido a lo inesperado, es decir, a los procesos simbólicos en su relación con las conductas” (Moscovici, 1993). Como creencias compartidas socialmente, las representaciones expresan las convicciones de los individuos hacia el mundo y les permite entender las situaciones que experimentan diariamente.

Existe una estrecha relación entre las representaciones y los sistemas de creencias presentes en la cultura, los que en conjunto, brindan al individuo una visión global de su medio y le facilitan el conocimiento de la cotidianidad. De esta manera, la persona asigna un significado a los diferentes fenómenos sociales, y asume una perspectiva hacia ellos. Por medio de la cultura se adquiere la noción de “qué es bueno, malo, justo, natural, deseable y posible [...]. Las creencias, ideas y valores de la sociedad, no sólo reflejan la cultura mayoritaria, sino que ayudan a reproducirla” (Charlton, 2000, 51). Así, dentro de una organización social, existen producciones simbólicas como los prejuicios, actitudes,

creencias, opiniones, imaginarios y representaciones hacia los fenómenos sociales, que finalmente son experimentadas de forma individual, pero se basan en construcciones sociales.

La información que recibe la persona de su medio, a medida que crece, va siendo influenciada por los sistemas de comunicación y la trasmisión de información intergeneracional, con la cual establece ideas de lo que sucede, concretando la representación social. Por medio de dicha información, la persona estructura y sustenta discursos en temas como la salud, la enfermedad, el bienestar, la vida laboral, la familia, y otros que pueden no ser tan cotidianos para algunos, como la discapacidad.

La discapacidad, como fenómeno social, cuenta con distintas representaciones que guían a los individuos en el pensamiento y la acción hacia eventos relacionados con el tema. La forma en la cual se percibe a las personas que se encuentran en situación de discapacidad comprende -al igual que la formación de cualquier representación- las experiencias vividas, la transmisión oral y las relaciones sociales. Tal percepción, por tradición, ha considerado a esta población “dentro de una mística cuasi-religiosa de lo impuro o lo corrupto, una categorización simbólica, en vez de un fenómeno universal integrado a otros aspectos de la vida” (Ablon, 1981 citado por Oliver, 1990, 15), por lo cual, la población con discapacidad ha afrontado “una variedad de respuestas ofensivas por parte de las otras personas, entre ellas horror, miedo, ansiedad, hostilidad, desconfianza, lástima, protección exagerada y paternalismo” (Barton, 1998, 24).

La percepción hacia esta población se refleja en los diferentes programas desarrollados por instancias que se encargan de velar por su bienestar. En Colombia se ha venido estructurando la red nacional de apoyo para la atención a las personas con discapacidad en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal. La ciudad de Bogotá como parte de esa red conformó los Consejos Locales para las personas con discapacidad. Dentro de sus funciones se encuentra el lograr la consecución del bienestar de las personas con discapacidad como ente asesor y coordinador de planes y proyectos en cada una de las veinte localidades del Distrito Capital. Como agrupación, cada nivel de la red y cada consejo local, cuenta con una o varias representaciones de la discapacidad que imprimen sus integrantes en las actividades que desarrollan.

El análisis del presente estudio sobre las representaciones sociales de la discapacidad, permite un acercamiento hacia esas elaboraciones mentales que se constituyen en guía para la acción.

La discapacidad se aborda en este estudio sirviéndose de la psicología social y de estudios desarrollados en el campo de la discapacidad, con lo cual se pretende alimentar un tema que debe ir más allá de explicaciones de carácter individual. Específicamente, se hace una aproximación hacia la percepción de la discapacidad por parte de representantes de instituciones distritales y de las personas con discapacidad, como miembros integrantes de los consejos locales de discapacidad. Desde esta perspectiva, se busca proporcionar una interpretación psicosocial de las representaciones hacia la discapacidad, con lo cual se permitirá a futuro reformulaciones teóricas y metodológicas en la generación de acciones que garanticen los derechos de la población con discapacidad en el país.

Finalmente, el desarrollo de un estudio de discapacidad en la Maestría en Salud Pública pretende destacar la salud pública como un puente para que las personas con discapacidad, alcancen su mayor potencial saludable y de realización que le sea posible. Para lograr esto, es importante reconocer y dar valor a las formas de pensamiento y a las expresiones culturales y sociales que determinan prácticas y comportamientos de los grupos. Como menciona Quevedo: “el contexto sociocultural no solo determina las formas de existencia y adaptación del hombre, sino también las formas de representación que el hombre se hace de dichos procesos” (1993, 240).

1. DELIMITACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos diez años se han desarrollado en Colombia una serie de políticas encaminadas hacia el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Una de ellas corresponde a la formación de la red nacional de apoyo para la atención a las personas con discapacidad, a partir de la cual se crearon los Consejos Locales para las personas con discapacidad. Estas organizaciones cuentan con representantes de diversas instituciones distritales y de representantes de personas con discapacidad física, mental, auditiva y visual. Los consejos se constituyen en niveles decisorios de políticas y acciones locales que buscan fortalecer mecanismos de gestión con miras a favorecer a esta población el Distrito Capital (Consejo Distrital de las Personas con Limitaciones, Acuerdo 002 de 1999).

El nivel local, como ente territorial dentro de la red de apoyo a la discapacidad, se constituye en un espacio valioso y un eje fundamental que acerca a los individuos a la generación de sus propios procesos, de forma conjunta con las instituciones. A esto se agrega que es la misma comunidad, objeto de las políticas, quien conoce mejor sus necesidades reales y quien puede gestionar procesos para satisfacer en parte esas necesidades, en este caso, por medio de las actividades de los consejos locales.

De acuerdo a su carácter de grupo, se presume que cada consejo local maneja diferentes percepciones frente a la discapacidad. La posición que presentan orienta el desarrollo de las funciones que les corresponden como “órgano de coordinación y asesoría de proyectos y programas en el ámbito local” (Consejo Distrital, Acuerdo 002 de 1999). Dicha labor como grupo parte de los conocimientos y experiencias personales frente al tema, en una continua generación e intercambio de pensamientos. De esta manera, se van constituyendo ideas preestablecidas que se concretan en las representaciones sociales hacia el objeto de representación, que en este caso es la discapacidad.

Las representaciones se constituyen en una guía conductual que orienta a los individuos en relación con lo que deben hacer y delimitan tanto los objetivos como la manera de actuar en diferentes situaciones.

Al suponer que el desarrollo de las diferentes acciones locales encaminadas hacia el progreso de la calidad de vida de las personas con discapacidad depende de las representaciones que posean sus integrantes, se efectúa el siguiente planteamiento:
¿Cuáles son las representaciones sociales de la discapacidad que poseen los miembros de los concejos locales hacia las personas con discapacidad?

1.1 JUSTIFICACIÓN

La percepción que la persona construye frente a diversas temáticas como la discapacidad, parte de elaboraciones mentales que de una u otra forma dependen de los conocimientos adquiridos en la cotidianidad. Dicha percepción conduce al sujeto a una orientación de su acción, la cual es determinada por el medio social y por las características culturales circundantes. Bajo esta influencia, la persona actúa con una orientación preestablecida hacia las personas con discapacidad, apoyando su acción en la estructura mental y respondiendo a una correlación con su grupo social.

Las formas de pensar hacia la discapacidad han dependido históricamente de los estereotipos y prejuicios sociales, de las imágenes predominantemente negativas presentes en diferentes culturas, de las ideas de caridad y protección presentadas por la iglesia y de la visión individualizada y medicalizada de la salud, que unidas, han llevado a construir una percepción distorsionada de la discapacidad. Sin embargo, la población con discapacidad, ha pasado en ciertas sociedades de ser sujeto de asistencia - protección, y sujeto pasivo de un proceso de rehabilitación, a ser sujeto de participación dentro del paradigma de la autonomía personal. Si bien ésta última tendencia es la reinante en los países industrializados, en países como Colombia “parece prevalecer una comprensión individual y medicalizada de la discapacidad...” (Trujillo, Cuervo y Escobar, 2000, 34). Al encontrarse posiblemente arraigada dentro de la población colombiana la visión tradicional hacia la discapacidad, la sociedad desconoce su papel en las transformaciones necesarias para llevar a cabo la inclusión social de este grupo, perpetuando así una orientación negativa y segregacionista.

Para lograr una aproximación hacia las percepciones existentes en relación con la discapacidad, el presente estudio se sirve de la psicología social¹ como base de análisis, la cual junto con otras disciplinas ha alimentado la investigación de aspectos sociales. Más exactamente, el tema de la discapacidad es abordado a partir del análisis de las representaciones sociales, las cuales permiten evidenciar diferentes ideologías y

comportamientos hacia las personas con discapacidad. Con este enfoque se pretende hacer una aproximación hacia la forma de pensar de los integrantes de los consejos locales de discapacidad frente a los diferentes tipos de discapacidad. En este sentido, es interés del presente estudio llevar a cabo un abordaje que permita acercarse a un panorama global dentro de las categorías de concepción, integración y trato hacia las personas con discapacidad.

Por otro lado, la disgregación del tema de la discapacidad en discusiones teóricas de diversos campos y su incipiente inclusión en acciones llevadas a cabo por los diferentes sectores, han restringido la elevación de su estatus como categoría social y como importante objeto de estudio, situación que ha sido más favorable para las minorías étnicas, la cuestión femenina y la niñez. Lo anterior se da a pesar de que la discapacidad en países como Colombia se considera como un problema de salud pública² a causa de la violencia generalizada, la pobreza, los traumas, el mantenimiento de las enfermedades crónicas e infecciosas y el aumento de la esperanza de vida -con los eventos discapacitantes por la edad que ésta implica-, entre otros. Tal situación por sí misma es una razón sustancial para resaltar la importancia de la discapacidad dentro de discusiones no solo en el ámbito de la salud, al cual por tradición ha sido asignado, sino en otros campos, posibilitando un abordaje más integral.

Al considerar la discapacidad como un problema de salud pública, se deduce que es esencial responder a las necesidades de diversos grupos poblacionales que potencialmente pueden llegar a desarrollar una discapacidad o que ya la presentan. En este sentido, la formulación de políticas que definan estrategias consecuentes con las necesidades de la población son herramientas que enriquecen el bienestar de este grupo. Sin embargo, como ya se ha dicho, la generación y ejecución de dichas herramientas están supeditadas por el sistema de creencias y valores que asumen los actores que las plantean, por lo tanto, reflejan su forma de pensar con respecto al tema.

El estudiar las representaciones sociales en los Consejos Locales de discapacidad, implica entender los contenidos tanto sociales como culturales que explican la conducta

¹ Se refiere al estudio del comportamiento de los grupos sociales, sus manifestaciones y las posibles intervenciones sobre ellos (Morales, 1999).

² Ministerio de Salud, Colombia, 2000.

de los individuos frente a su posición dentro del consejo. Por otro lado, es de anotar que el punto de vista de los miembros del consejo frente al tema de la discapacidad, puede estar influyendo en un grupo social más amplio en la propia localidad, así como en las instituciones y asociaciones a las que están vinculados. Ante esta posibilidad, se puede decir que si en las diversas localidades permanece una visión limitada y negativa de la discapacidad, asimismo serán sus orientaciones conceptuales y metodológicas hacia este asunto. Es decir, las acciones en las diferentes instituciones bien sean de carácter público o privado, reflejan la visión que tienen los actores que las dirigen y componen.

De acuerdo a lo anterior, el presente estudio brinda un aporte significativo al conocimiento global de un tema que está adquiriendo cada vez mayor impacto. Al indagar las percepciones de los individuos a partir de su sistema de creencias se pretende, como lo resalta la Organización Panamericana de la Salud (1992), “tener en cuenta aspectos relativamente desatendidos de la salud pública, como son los grupos minoritarios”. Por otro lado, el estudio nutre discusiones alrededor de la discapacidad en escenarios académicos, en agrupaciones de y para personas con discapacidad y en contextos políticos y administrativos nacionales, departamentales y distritales.

El explorar las ideas compartidas y no compartidas que contienen las representaciones, permite estimar diversas visiones. Según éstas, se pueden establecer procesos de comunicación necesarios para lograr una visión más acertada de las personas con discapacidad por parte de las mismas personas y sus familias, de la comunidad, los profesionales en formación y de profesionales e investigadores interesados en el tema.

Este estudio tiene pertinencia en cuanto resalta el valor de la discapacidad nutriéndose del componente social, propiciando un aporte valioso a la comprensión de la discapacidad, que ha sido tradicionalmente entendida como un asunto del campo de la salud. Por otro lado, es de considerar la incipiente realización de estudios relacionados en el país. Se ha profundizado más en estudios actitudinales que corresponden solo a un aspecto de las representaciones. Se propone así un estudio que brinda contribuciones necesarias para explorar la discapacidad, resaltándole como un asunto que exige ser fortalecido, conduciendo al mejoramiento de la calidad de vida de un grupo hasta ahora excluido de la sociedad.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Explorar y analizar las representaciones sociales de la discapacidad que tienen los miembros de los Consejos Locales para las personas con Discapacidad en la ciudad de Bogotá D.C.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer cuáles son los aspectos centrales de las representaciones sociales de los miembros de los consejos locales de discapacidad, hacia las personas con discapacidad.
- Analizar las representaciones sociales bajo las categorías concepción, integración, y trato hacia las personas con discapacidad.

1.3 DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS

Se han seleccionado para el presente estudio tres categorías de análisis: concepción, integración y trato hacia la discapacidad, a partir de la revisión de la literatura y de acuerdo a la experiencia de la investigadora en el tema de la discapacidad. Su selección también es oportuna en cuanto brinda aportes para un análisis y comprensión de las representaciones sociales de mayor profundidad. Las categorías son definidas a continuación³.

- ✓ **CONCEPCIÓN.** Se refiere al proceso por el cual la persona o el grupo aprehende y asume conceptos, objetos o tesis del mundo que le rodea. La concepción evoca ideas de grupos o individuos que se configuran en ideales y normas dominantes para actuar sobre objetos diversos. Para el presente estudio, la concepción es la forma en que las

³ Definiciones tomadas de HEINZ, Karl. Diccionario Enciclopédico de Sociología. Barcelona, 2001.

personas asumen la naturaleza y el origen de la discapacidad y se forman percepciones hacia las personas con discapacidad.

- ✓ **INTEGRACIÓN.** Se refiere a un proceso de incorporación, participación e inclusión social de los grupos minoritarios, en este caso, de las personas con discapacidad a la sociedad en general. Es la participación en la planificación, puesta en marcha y desarrollo de las actividades propias de la estructura de un grupo social o cultural a partir de sus formas de organización, con miras a lograr la igualdad de oportunidades.

- ✓ **TRATO.** Son los comportamientos que indican la manera de relacionarse con una persona en diferentes aspectos de la vida social. Es el proceder de una determinada manera para establecer vínculos dentro de los diferentes grupos sociales, en este caso, hacia la población en situación de discapacidad.

2. MARCO TEÓRICO

Con miras a recopilar elementos que permitan avanzar en la comprensión de la pregunta de investigación, se retoman de forma global tres ejes principales: discapacidad, representaciones sociales y percepciones hacia las personas con discapacidad. Se contempla inicialmente el concepto discapacidad con una aproximación conceptual, histórica, epidemiológica y de cifras poblacionales, para posteriormente revisar la realidad colombiana y los avances legislativos en el área. De manera seguida, se presentan las principales características y elementos del concepto representaciones sociales. Finalmente, se señalan algunas generalidades de las percepciones hacia las personas con discapacidad.

2.1 DISCAPACIDAD

2.1.1 Revisión del concepto. A través de la historia de la humanidad, siempre han existido personas con características físicas, mentales o sensoriales particulares. Tales características usualmente les han generado dificultades para desempeñarse en actividades esenciales de la vida. Para denominar a estas personas se han utilizado una gran variedad de términos que indistintivamente se han destacado por denotar condiciones de inferioridad. En general, se ha hablado y se habla aún de: “personas inválidas, incapacitadas, lisiadas, limitadas, impedidas o minusválidas”. Estos términos en general, indican una clara subvaloración o negación de habilidades y no permiten ahondar en la responsabilidad social, lo cual genera hacia estas personas una visión individualizada y negativa de su condición.⁴

El término de uso más frecuente en la actualidad para referirse a las desventajas que presenta una persona en su desempeño cotidiano, debido a una característica particular en su condición biológica, es el de persona con discapacidad o persona en situación de

⁴ A manera de ejemplo, al recurrir a definiciones de la minusvalía tomadas de un diccionario enciclopédico, ésta se describe como “persona que no puede moverse, andar o está falta de algún miembro”. Nueva Enciclopedia Larousse. Tomo V. Barcelona: Planeta, 1994.

discapacidad. Como lo aclaran Braddock y Parish (2001, 11) “la discapacidad ha existido como la interacción entre una deficiencia, la interpretación de la sociedad sobre esa deficiencia y el contexto político y económico amplio de la discapacidad”. Es decir, surge en el momento en que una persona presenta una condición particular en su cuerpo y que al momento de relacionarse con su entorno, le representa dificultades, puesto que no existen los ajustes necesarios para que actúe libremente.

La connotación peyorativa de la terminología hacia las personas con discapacidad y su uso en forma imprecisa, expresan el modo de pensar de la sociedad hacia esta población. Algunos de los términos se han empleado de forma ambigua a pesar de que su definición por parte de organizaciones e instituciones de carácter internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Trabajo (OIT) haya tenido un sentido diferente al comúnmente manejado. Por ejemplo, la palabra minusvalía propuesta por la OMS en el año de 1980 fue definida como “las desventajas experimentadas por el individuo como resultado de la deficiencia y la discapacidad”. Este concepto incorporaba las dificultades en la interacción de la persona con su entorno. Sin embargo, fue citado y es citado aun de forma frecuente para hablar de la condición en la que se encuentra la persona, más no de los obstáculos presentes en la interacción con el medio. En ocasiones quienes hacen uso errado de estos términos son organismos internacionales, formuladores de políticas públicas y los medios masivos de comunicación. No obstante, organizaciones como las Naciones Unidas han tenido en cuenta “las imperfecciones de la terminología y han adelantado esfuerzos para despojarla [a la discapacidad] de su carácter discriminatorio, a la vez que reconocen deficiencias de carácter social” (Defensoría del Pueblo, 1998).

El lenguaje propuesto por la OMS en la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) presentada en el año de 1980 se basaba en los términos traducidos de los originales en inglés: *impairment*, *disability* y *handicap*. Su uso se refería a las consecuencias de la enfermedad, por lo tanto, la discapacidad reflejaba “las consecuencias de la deficiencia en términos de desempeño funcional y actividad del individuo”, representando alteraciones a nivel de la persona (WHO, 1980, 11). Esta clasificación se apoyaba en un esquema biologicista fundamentado en la limitación de la persona y las dificultades relacionadas con el desempeño. El enfoque de la CIDDDM

presentaba un vacío en relación con el desconocimiento de factores de carácter social, ya que se basaba en el modelo médico de la enfermedad, por lo tanto, en parámetros de normalidad. Asimismo, las definiciones de la clasificación fueron dispuestas en el contexto de la salud y por esto eran esencialmente clínicas y no sumaban elementos socioculturales que deben ser tenidos en cuenta en la comprensión de la discapacidad (Despouy, 1993).

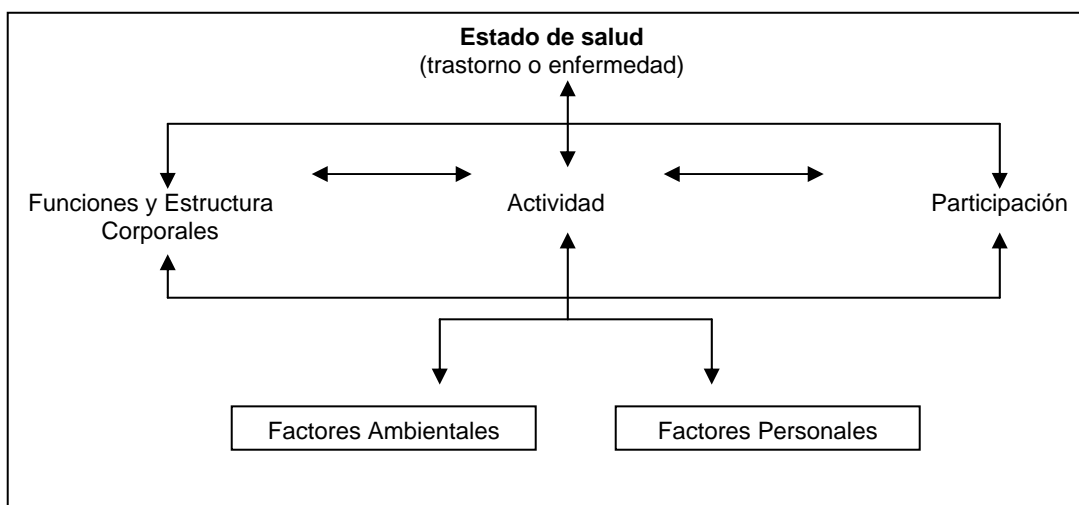
Reconociendo las carencias de la clasificación inicial, la OMS llevó a cabo una revisión que contó con la participación de una red de expertos a nivel mundial. El documento final la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF), presenta como ejes centrales: *el funcionamiento y la discapacidad y los factores contextuales*. El primer eje se refiere a *las funciones y estructuras corporales y a las actividades y la participación*. En el segundo eje se encuentran *los factores ambientales y los factores personales* (OMS, 2001).^{5 6}

La discapacidad es definida en esta clasificación como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (2001, 18). Esto indica que es la sociedad la que favorece o no el desempeño y la realización de la persona. Es decir, el entorno donde se encuentra la persona tiene efectos de restricción o facilitación del desempeño. Por lo tanto, la CIF concibe una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores de influencia en el contexto en el que se desenvuelve una persona (ver gráfico 1).

⁵ Estos ejes “reemplazan a los términos “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía” y extienden su significado para incluir experiencias positivas (OMS, 1999, 1).

⁶ La dimensión de *funciones y estructuras corporales* se refiere a las funciones fisiológicas, las partes anatómicas del cuerpo y las anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las estructuras. La dimensión de *actividades y participación* corresponde a la realización de una tarea o acción por parte del individuo y al acto de involucrarse en una situación vital. La dimensión *factores ambientales* constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que viven las personas y *los factores personales* constituyen el trasfondo de la vida de un individuo y de su estilo de vida (OMS, 2001). En la CIF el funcionamiento de una persona presenta aspectos tanto positivos como negativos que se aplican a cada una de las dimensiones. Los aspectos positivos se reflejan en la integridad funcional y estructural de la persona, en las actividades y participación y en la existencia de ambientes facilitadores. Los aspectos negativos indican deficiencia en las funciones y estructuras corporales, limitación en la actividad y restricción en la participación y obstáculos o barreras en los factores ambientales. Los aspectos negativos son la expresión negativa de los diferentes componentes, que se reflejan en la discapacidad.

Gráfico. 1 Situación actual del conocimiento respecto a las interacciones entre los componentes de la CIF



Fuente: (OMS, 2001, 16).

Como se puede observar en el gráfico 1, la propuesta de la CIF corresponde a un enfoque más abierto y favorable, que tiene en cuenta los aspectos funcionales y sociales relacionados con la discapacidad. La nueva clasificación no se enfoca exclusivamente en las consecuencias de las enfermedades para clasificar los componentes de la salud, sino que se identifica el ambiente como eje central que favorece la realización de la persona.

Considerando que existen posturas diferentes a la presentada por la OMS, otro enfoque relacionado con la comprensión de la discapacidad es el expuesto por la *Union of the Physically Impaired Against Segregation "UPIAS"* (Unión de Limitados Físicos en contra de la segregación), movimiento británico que lidera importantes transiciones internacionales a favor de una visión más social de la discapacidad. El movimiento *UPIAS* acepta la definición de *la deficiencia* como la parte faltante de un miembro, o el poseer un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo defectuoso. La *discapacidad*, es descrita como "la desventaja o restricción de la actividad causada por una organización social contemporánea, la cual no toma o toma muy poco en cuenta a quienes tienen deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales y por tanto los excluye de la participación en las principales actividades" (UPIAS citado por Barnes et al, 1999, 11). Es decir, esta orientación es una de las menos divergentes entre las perspectivas presentadas por las

agrupaciones de personas con discapacidad -basadas en un enfoque netamente social- y la expuesta por la OMS en su nueva clasificación.

Es frecuente encontrar en la literatura británica una tendencia a catalogar la discapacidad como el resultado de la opresión que ha generado la sociedad, desde una postura netamente política y de discriminación. Tal orientación está basada en una visión marxista y un enfoque apoyado en la *opresión*, situación que ocurre “cuando los individuos están sistemáticamente sujetos a la degradación política, económica, cultural o social debido a que pertenecen a un grupo social” (Charlton, 2000, 27). Otros proponentes de esta línea son Oliver (1990, 1996), Barton (1998), Barnes y colaboradores. (1999).

Otras propuestas con respecto al análisis teórico de la discapacidad, se ubican en la intersección de las orientaciones individuales y sociales. Se encuentran planteamientos desde la perspectiva ecológica como lo propone Schalock (1999) para quien la discapacidad debe ser vista desde la “interacción persona – ambiente”, y las limitaciones que presenta una persona “se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el apoyo adecuado para reducir sus limitaciones funcionales” (citado por Secretaría de Salud de Bogotá, 2001, 37). Dentro del mismo enfoque, Albrecht (1992) plantea el modelo ecológico de análisis de la discapacidad y sugiere que en la generación de la discapacidad hay influencia de factores físicos, biológicos y culturales, con sus respectivas variables. Por esto, “el centro de la discapacidad no solo está en el individuo con deficiencia, sino también en el medio ambiente social, económico y político” (35).

Una aproximación más reciente es el *Modelo para el Proceso Capacitante-Discapacitante* presentado por *The Institute of Medicine (IOM)* de Estados Unidos, que propone el *proceso capacitante – discapacitante* como resultado de la interacción del individuo con su medio ambiente. Según este modelo la persona con *posibles condiciones discapacitantes* no siempre llegará de forma lineal al proceso discapacitante, sino que por ajustes tanto en su medio ambiente psicológico, social y físico o en la restauración de sus funciones personales, puede lograr interactuar con su medio e integrarse a él de forma

activa⁷. Se concibe la discapacidad como un producto resultante de la brecha entre las capacidades de las personas y las demandas del entorno⁸.

A pesar de la discusión existente con respecto al uso de la terminología y su orientación, el presente estudio utiliza el término discapacidad y personas con discapacidad⁹, teniendo en cuenta que continúa siendo el más utilizado a nivel legislativo, en la generación de políticas, planes y programas, así como en diversos sectores de la sociedad. La conceptualización del término acoge la propuesta hecha por Trujillo, Cuervo y Escobar quienes definen:

“La discapacidad es un estado asociado en su origen a una condición de salud, que puede limitar la capacidad del individuo para realizar actividades de la vida y la cual se puede ver agravada por restricciones culturales, ambientales, legislativas y económicas impuestas por la sociedad. Las restricciones interpuestas por la sociedad son formas de discriminación que experimentan las personas con discapacidad y las cuales han conducido a la exclusión social de estas personas y al desconocimiento de sus derechos más fundamentales” (2001, 1).

La definición citada considera que la discapacidad no sólo se centra en el individuo, sino que comprende los componentes del medio ambiente social circundante que influyen en el desempeño de la persona. Por otro lado, refiere la relación existente entre el estado de salud del individuo y su medio, y resalta los obstáculos que impone el contexto cuando restringe la realización personal.

En la actualidad, las personas con discapacidad, sus familias y las personas involucradas con el tema están desalentando el uso de la terminología negativa, dando paso al empleo de expresiones que van más allá de los niveles de funcionalidad de las personas con discapacidad. Asimismo, pretenden destacar los efectos de los obstáculos interpuestos

⁷ El modelo propuesto alimenta el estudio de las Ciencias e Ingeniería de la Rehabilitación que permiten favorecer la comprensión del proceso capacitante - discapacitante tomando aspectos básicos y aplicados de las ciencias sociales, ciencias de la salud y la ingeniería y sus efectos en la interacción de la persona con el medio ambiente (Brand y Pope, 1997).

⁸ Estas orientaciones basadas en marcos ecológicos (Schalock, 1999, citado por Secretaría de Salud de Bogotá, 2001) (Albrecht, 1992) y en la relación persona-entorno (Instituto de Medicina de los Estados Unidos IOM, 1991 y Brandt y Pope, 1997) no serán profundizadas en el presente estudio. Para su revisión se puede acudir a la siguiente fuente: ALTMAN, Barbara. Disability definitions, models, classification schemes, and applications. En: ALBRECHT Gary, SEELMAN; Catherine y BURY, Michael (Eds.). Handbook of disability studies. California: Sage Publications, 2001. p. 97-122.

⁹ Esto no quiere decir que se desconozcan otros términos de uso actual como personas con limitaciones o personas en situación de discapacidad.

cotidianamente por la sociedad. Para ilustrar la magnitud de estos obstáculos, se presentan enseguida los referentes históricos de la discapacidad.

2.1.2 Referentes históricos. La revisión de los antecedentes históricos de la discapacidad permite identificar aspectos relevantes en cuanto a la concepción y el trato dados a la población con discapacidad en diferentes momentos históricos. Diversos relatos describen el abandono, la eliminación o por el contrario, el apoyo a las personas con discapacidad en diferentes sociedades, de acuerdo al sistema de creencias propio de cada grupo. Las explicaciones que respaldan estos comportamientos son en su mayoría de carácter trágico. Es decir, dentro del imaginario de diversas culturas, la discapacidad se ha comprendido de forma más generalizada como la consecuencia de conductas o costumbres erradas de las personas o como una expresión de castigo sobrenatural.

Se ha encontrado evidencia de que en la India las personas con algún tipo de deformidad eran arrojadas al río sagrado Ganges. Los espartanos lanzaban estas personas desde un monte llamado Taiyeto. En Roma los niños considerados “deformes” se dejaban navegar por el río Tíber dentro de un cesto para que quienes los recogieran los “usaran” como esclavos o mendigos, o en su defecto, se utilizaba una roca llamada Tarpeia hacia la cual se lanzaban los niños con defectos congénitos, ancianos y criminales (Gestal, 1991). Se descartaba de estos tratos a los limitados por la guerra, generando desde ese momento una selección explicada “como un intento de purificación o depuración colectiva o una eliminación del mal y de la carga del pecado” de lo cual la discapacidad era consecuencia (Puig, 1987, 54). El trato entonces variaba entre el rechazo a los nacidos con deficiencias congénitas a diferencia de aquellos que adquirirían la discapacidad en el transcurso de la vida, quienes eran integrados a la sociedad (Braddock y Parish, 2001).

La influencia del cristianismo en la segregación de las personas con discapacidad ha sido significativa considerando el poder que históricamente asume esta doctrina en las diferentes sociedades. El cristianismo concibe a los pobres, enfermos y débiles, como resultado de actos pecadores o como merecedores de acciones de caridad o de sanación. Este es el caso de las personas con epilepsia, vistos tradicionalmente como

“poseedores de demonios”¹⁰. Personas como “el ciego”, “el leproso”, los “retrasados” o “imbéciles”, eran calificados como enfermos permanentes y como manifestación del mal o de lo sagrado (Puig, 1987; Barton, 1998). Esta forma de pensar llevó a su discriminación, por lo cual fueron ubicados más adelante en sitios especiales, aislados de la sociedad. (Abel, 1996).

Hacia finales de la época medieval se presentó una proliferación de hospitales religiosos¹¹ y de auspicios. Las personas con enfermedad mental se ubicaron en los manicomios¹² ya que su pronóstico era negativo (De la Fuente, 1992); las personas con retraso mental se llevaron a las colonias; quienes tenían lepra se situaron en los sanatorios y los ancianos enfermos en los ancianatos.

El renacimiento marcó un auge en acciones filantrópicas que reforzaron la noción de caridad. Las sociedades filantrópicas fueron en ese momento un importante apoyo para las personas con discapacidad supliendo sus necesidades básicas. La dirección de los servicios de salud fue quedando, en manos de “líderes profesionales, de organizaciones católicas y seculares de caridad que manejaban hospitales y orfanatos” (Abel, 1996, 15).

Hacia los siglos XV y XVI los estados lideraron acciones de ordenamiento administrativo en el cual las personas con discapacidad pasaron a ser objeto de asistencia bajo esquemas de beneficencia. Para el siglo XIX los adelantos de la cirugía y la ortopedia buscaron la recuperación física que dió solución clínica a las necesidades de las personas en tratamiento. Sin embargo, su preparación laboral luego de la intervención médica fue escasa.

¹⁰ Barnes evidencia el pensamiento expresado en la Biblia hacia la personas con discapacidad, recordando que en diferentes libros del Antiguo Testamento, hay numerosos ejemplos que han influenciado de manera indudable la forma de percibir las personas con discapacidad (1999, 17).

¹¹ Reconociendo la influencia de la iglesia, a nivel mundial “la atención hospitalaria surgió de un movimiento de atención caritativa que se basaba en una igualdad entre Cristo y el pobre y en el compromiso del hospital para con el pobre que sufría, más que con el enfermo desprovisto de fondos (Jones, 1987, citado por Abel, 1996, 65).

¹² El caso de la enfermedad o la discapacidad mental, implica por si mismo una revisión social e histórica exhaustiva que se sale de los alcances del presente estudio. Para tal fin se puede consultar la valiosa obra de Foucault, Pinel y Goffman, quienes brindan aportes significativos para su comprensión.

Durante la segunda guerra mundial, la rehabilitación¹³ cobró un auge importante, debido a que los hombres con discapacidad reemplazaron con mano de obra a quienes se fueron a la guerra. “Por primera vez en la historia la persona con discapacidad fue considerada, desde el punto de vista socioeconómico, no como una carga, sino como un elemento de éxito” (Gestal, 1991, 979). La asistencia prestada por medio de la rehabilitación ubicó a la persona, como beneficiaria de procedimientos brindados por un equipo de profesionales y fue reconocida como un derecho de la persona con discapacidad a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

Desde este momento se consideró la discapacidad como problema del individuo quien debido a su “deficiencia” presenta limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas para el desempeño de diferentes tareas o actividades. Poco a poco se va dando la medicalización de “una buena parte de la vida diaria al hacer que la medicina y los rótulos de “sano” y “enfermo” sean aplicables a una parte cada vez mayor de la existencia humana” (Zola, 1999, 24). Surge así, lo que se denomina *Modelo Médico o Individual de la discapacidad*, según el cual la persona requiere de un proceso de adquisición o readquisición de habilidades para el ejercicio de las actividades de la vida cotidiana.

Dicha visión siguió fortaleciéndose a principios del siglo XX con el desarrollo de los procesos rehabilitatorios. Autores como Oliver (1983) y Finkelstein (1993) (citados por Barnes, 1999), señalan que en la rehabilitación el individuo es considerado “víctima de una circunstancia determinada que le llevó a tal estado [de discapacidad]”, lo cual fue definido como la “tragedia personal”. Con esta expresión, los autores critican la visión tradicional de la discapacidad, que para ellos, asume a las personas con discapacidad como dependientes y merecedoras de cuidado y atención.

En el momento en que el Estado de Bienestar se extendió a los países desarrollados, las personas con discapacidad tuvieron cobertura por medio de subsidios a través de los sistemas de seguridad social. Es entonces cuando se crean proyectos como los “centros

¹³ La rehabilitación se entiende como un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a facilitar que una persona con deficiencia o discapacidad alcance un nivel funcional, físico, mental y social óptimo, proporcionándole los medios que le posibiliten llevar en forma independiente y libre su propia vida (Ministerio de Salud, 1996, 15).

día, talleres de refugio y hogares residenciales: sitios separados del mundo social cotidiano del trabajo y el ocio” (Barnes, 1990 y Handy, 1988, citados por Drake, 1998). De esta manera se cubrieron las necesidades más apremiantes de la población y se brindaron opciones para la realización de actividades ocupacionales que les hicieran sentirse productivos.

Como reacción a los desacuerdos presentados hacia el *modelo médico* y en una clara oposición a esta forma de pensamiento, se manifestó el *Modelo Social* en la década de los setenta, cuando activistas con discapacidad organizan sus propios movimientos con el fin de presentar una orientación social del tema, declarando que “es la sociedad quien discapacita” (Oliver, 1996, 27). Esta situación se presentó de manera especial entre quienes contaban con discapacidades físicas y entre familiares de personas con discapacidades mentales. De esta manera se inició la generación de movimientos en Estados Unidos y Europa, que adoptaron principios de independencia basados en la “filosofía de la vida independiente”. Estos movimientos se dieron a la par con movimientos estudiantiles, ecologistas, en contra de la guerra y de minorías, reconocidos “como los formadores de la base social hacia nuevas formas de transformación de la acción política” (Oliver, 1990, 113).

Los activistas del modelo social consideran que en la perspectiva de la rehabilitación era común que gran parte de las decisiones a tomar frente al proceso llevado por la persona y frente a su vida misma se dieran por parte los profesionales bajo esquemas asistencialistas, con la meta de llevar a la persona hacia la normalidad. En este orden de ideas, definen la discapacidad como una condición impuesta a los individuos por la sociedad (Charlton, 2000), y plantean una reflexión contraria a la predominante.

Los alcances legislativos del modelo social han impactado significativamente la política en torno a la discapacidad, y ha favorecido en algunos países alcances importantes con respecto a la integración (Albrecht, citado por Barnes et al, 1999). Este paradigma ha sido básico en el desarrollo de movimientos por los derechos de las personas con discapacidad como *Disability Rights Movement (DRM)* y para la creación de instituciones

como los “Centros para la autonomía personal (*Centres for independent living CIL*)”¹⁴ desde 1973 que brindan a las personas con discapacidad entrenamiento laboral, asesoría legal y arquitectónica, servicios de información, consejería, ayudas terapéuticas y de apoyo; entrenamiento en actividades para la vida independiente y actividades culturales y recreativas. Estos centros o propuestas similares existen en la mayoría de países desarrollados y en algunas naciones en vía de desarrollo.

El año 1981 proclamado por las Naciones Unidas como el “Año Internacional de los Impedidos” sirvió de plataforma para una división dentro de la organización Rehabilitación Internacional -una de las más importantes en el tema de la discapacidad y conformada en sus inicios especialmente por profesionales de la rehabilitación- de la cual resultó *Disabled People’s International (DPI)* que en este momento es la principal organización de personas con discapacidad a nivel mundial.

El “Año Internacional de los Impedidos” llevó a la Organización de las Naciones Unidas a la generación del “Programa de Acción Mundial para los Impedidos” en 1982. Como aporte a estos procesos, Rehabilitación Internacional presentó la Carta para los años 80, declaración que presentó las prioridades de acción para la década de los años 1980 - 1990, concebida para lograr los objetivos de “plena participación e igualdad para las personas discapacitadas en cualquier lugar del mundo” (Rehabilitación Internacional, 1980). Entre 1982 y 1992, se declaró el “Decenio de los impedidos” buscando el desarrollo de estrategias tendientes a alcanzar la igualdad de condiciones.

Actualmente se continúan estableciendo diversos tipos de organizaciones a escala mundial. Así como se instauran políticas públicas y actos legislativos que buscan la consolidación de la igualdad de condiciones, exigiendo desde los mismos actores beneficiados, reformas cardinales en las instituciones sociales. La presión que en este momento hacen grupos organizados de personas con discapacidad en el mundo está favoreciendo su ingreso a la sociedad y una creciente equiparación de oportunidades.

¹⁴ Los *CIL* corresponden a organizaciones sin ánimo de lucro comprometidas en actividades de defensa, servicio y educación pública para las personas con discapacidad. (Charlton, 2000, 138).

Adhiriéndose a las transformaciones vividas en el ámbito internacional y a las reflexiones internas, en Colombia se han producido numerosas disposiciones legales que propenden por la integración social y la equiparación de oportunidades, especialmente a partir de la formulación de la Constitución Política de 1991. El desarrollo legislativo en el campo de la discapacidad se percibe como un paso importante para la creación de mecanismos de apoyo. De igual forma, la participación de las agrupaciones o los movimientos que vinculan a personas con discapacidad ha ido aumentando gradualmente, como en el caso de los consejos locales de discapacidad de Bogotá (Ramírez, 2001, 70). Sin embargo, se puede decir, a grandes rasgos, que aún queda mucho por construir tanto teóricamente, como en términos de acciones.

La evidencia presentada en los referentes históricos permitió reconocer las diferentes formas de entender la discapacidad, las acciones desarrolladas, el lenguaje utilizado y las tendencias conceptuales para la comprensión del tema. En este sentido, se expuso la dialéctica Modelo Médico o individual versus Modelo Social, representando abordajes diferentes de la discapacidad y la presencia de modelos alternativos dentro de orientaciones ecológicas, psicosociales y/o relacionadas con condiciones psicológicas, sociales, políticas, económicas y del ambiente físico que rodea a la persona.

A manera de síntesis se presenta la tabla 1 desarrollada por Michael Oliver en relación con la postura exhibida por los dos principales modelos conceptuales de la discapacidad. El autor relaciona puntos cruciales de discrepancia y discusión entre los mismos, indicando la orientación teórica de cada uno. Según Oliver, es clara la posición contraria de los paradigmas y la consideración de participación social e intervención directa generadora del cambio social no existente en el modelo médico.

Tabla 1. Modelos de la discapacidad

Modelo individual	Modelo social
Teoría de la tragedia personal	Teoría de la opresión social
Problema personal	Problema social
Tratamiento individual	Acción social
Medicalización	Auto-ayuda
Dominio profesional	Responsabilidad individual y colectiva
Experticia	Experiencia
Identidad individual	Identidad colectiva
Prejuicio	Discriminación
Cuidado	Derechos
Control	Selección
Legislación	Políticas
Ajuste individual	Cambio social

Fuente: Oliver, M. Understanding Disability, 1996, 34

2.1.3 Aspectos Epidemiológicos. La discapacidad conlleva un impacto social importante a la vez que es consecuencia directa de patrones de morbilidad propios de los países tanto desarrollados como en desarrollo. A escala mundial se evidencia una alta prevalencia de discapacidad, una alta incidencia, y un número elevado de personas involucradas, considerando que incluye no solo a quien la presenta sino a los familiares y cuidadores de personas con discapacidad (Gestal, 1991; García, 1999).

Las diversas causas de la discapacidad varían entre países y dentro de ellos y pueden considerarse a partir de factores tanto *directos*: desencadenamiento de enfermedades discapacitantes como el polio, causas congénitas y accidentes; como *indirectos*: niveles de desarrollo, estándares en servicios de salud pública, estilos de vida, conflicto, desnutrición, bajo peso al nacer, avances de la medicina, desarrollo y mecanización (Dudzik , Elwan y Metts, 2001, 9).

Los factores directos e indirectos varían de manera especial entre los países más desarrollados y los menos desarrollados, encontrándose que en los primeros predominan factores indirectos tales como accidentes de tránsito, accidentes o enfermedades laborales y accidentes en el hogar; enfermedades crónicas; envejecimiento de la

población; y conflictos internos. En países en desarrollo se mantiene una alta prevalencia de enfermedades transmisibles y condiciones de insalubridad y pobreza.

El estudio de la carga global de la enfermedad en el año de 1990 indagó los principales factores de riesgo¹⁵ en el ámbito mundial en ocho regiones del mundo. Predominan en las regiones más pobres la malnutrición, el escaso abastecimiento de agua, la insuficiente higiene personal y doméstica, el sexo inseguro, el tabaquismo, el alcoholismo, las enfermedades ocupacionales, la hipertensión, la inactividad física, las drogas ilícitas y la polución del aire. El estudio permitió establecer la presencia simultánea de factores que han surgido con el progreso económico y con estilos de vida propios de los países desarrollados y factores como la escasa prestación de servicios básicos que son una constante en los demás países (Murray, citado por Osorio y Rojas, 1999).

Una de las estimaciones que permite establecer el impacto de la discapacidad es el indicador AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad), que representa el peso de la discapacidad o las secuelas no letales de las enfermedades y se refiere a un año de vida saludable perdido -en este caso- por vivir con discapacidad¹⁶. El Banco Mundial y la OMS estudiaron en 1993 la carga global de la morbilidad la cual tiene en cuenta la pérdida de vida con motivo de la muerte prematura y la pérdida de vida saludable a causa de la discapacidad en el *Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud*. Del informe se tomaron para el presente estudio *las causas principales de AVAD a nivel mundial por género*, datos que se presentan en la tabla 2. Esto permite detectar gruesamente las enfermedades o traumatismos a los que se les atribuye un peso importante al causar una discapacidad.

¹⁵ Los factores de riesgo son una serie de variables que median en el origen de la enfermedad. Pueden ser *predisponentes* como la edad o el género, *facilitadores* como el ingreso reducido, *desencadenantes* como la exposición a un agente patógeno o *potenciadores* como una exposición repetida o un trabajo duro (Beaglehole et al, 1994)

¹⁶ Este indicador puede ser criticado en el sentido en que expresa una disminución de la condición de salud por contar con una discapacidad, “devalúa el valor de las vidas con discapacidad” (Priestley, 1999) y hace que se genere un mayor valor a las personas jóvenes que a los adultos mayores generando desigualdades. No obstante, aporta orientaciones con respecto al impacto de las diferentes causas de la discapacidad y su prevalencia a nivel mundial y permiten fijar prioridades para la atención en servicios de salud por grupos y eventos permitiendo planificar las acciones dentro del sector.

Tabla 2. Principales enfermedades o traumatismos que aportan mayor carga de la morbilidad a nivel mundial por AVAD

Género femenino	Género masculino
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Enfermedades infecciosas y parasitarias
Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares
Infecciones de las vías respiratorias	Accidentes
Enfermedades perinatales	Infecciones de las vías respiratorias
Enfermedades neuropsiquiátricas	Enfermedades perinatales
Accidentes	Enfermedades neuropsiquiátricas
Tumores malignos	Tumores malignos
Derivadas de la maternidad	Lesiones intencionales
Nutricionales y endocrinas	Enfermedades nutricionales y endocrinas

Fuente: Organizada con base en los datos del Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en Salud. 1993, 222 – 225

La tabla 2 permite constatar la coexistencia de enfermedades trasmisibles y el importante lugar que ocupan las enfermedades crónicas, más exactamente las cardiovasculares. Los accidentes y las lesiones tienen una notable participación del género masculino, así como la ubicación de las enfermedades neuropsiquiátricas que demandan una atención especial y que tanto en hombres como en mujeres tienen un lugar destacado. Estos datos permiten tener una idea general de cuáles son los principales aspectos que mundialmente están causando eventos discapacitantes y que requieren respuestas coherentes en materia de políticas de salud.

2.1.3.1 Cifras mundiales. Las cifras mundiales de la discapacidad hacia el año de 1975 estimaban que un 12,3% de la población mundial presentaba alguna discapacidad, es decir, un número aproximado de 490 millones de personas (Noble, 1981, citado por Charlton, 2000). En el año de 1976 el dato más citado de prevalencia¹⁷ de la discapacidad fue el de la OMS, que corresponde al 10% de prevalencia global, es decir,

de la población de cada país aproximadamente el 10% presenta algún tipo de discapacidad¹⁸. Este porcentaje se continúa utilizando para establecer la prevalencia de discapacidad en los países que no cuentan con sistemas de información veraces como Colombia.

Adicional a las cifras anteriores, Rehabilitación Internacional indicaba en el año de 1982 la existencia de más de quinientos millones de personas con discapacidad. De ellas, más de trescientos cincuenta millones vivía sin el apoyo para disfrutar plenamente de la vida, sin tener en cuenta a las familias y a las personas que les asisten (1982, 5). Se destacaba en ese momento que las personas con discapacidad, desprovistas de la prestación de servicios esenciales, vivían en países en desventaja social y económica, situación que no se aleja de la realidad actual.

Hacia 1993 algunas estimaciones señalaban alrededor de 400 millones de personas con discapacidad en el mundo, cifra correspondiente al 10% de la población mundial, la cual puede acentuarse considerablemente debido al aumento de la esperanza de vida, y a otros factores ya mencionados que desencadenan discapacidad (Helander, 1993, citado por Oliver, 1996).

Detallando la situación según los datos encontrados por regiones, en Europa la prevalencia ha variado del 12% en países como Bélgica, pasando por un 13% en Alemania e Italia, hasta un 15% en España. Para 1999 se consideraba que el 10% de la población en toda Europa presentaba algún tipo de discapacidad (García, 1999). En el caso de Europa, las razones de incremento de la discapacidad son el aumento de la expectativa de vida y por otro lado, el progreso económico y tecnológico (Despouy, 1993), situaciones que determinan el surgimiento de nuevas causas de discapacidad, así como el aumento de las ya conocidas.

En los Estados Unidos hacia 1993 se calculaban “más de 22 millones de personas con impedimentos auditivos, ciento veinte mil ciegos, dos millones de personas con epilepsia,

¹⁷ La prevalencia corresponde al número de casos de una enfermedad o evento específico en una población y momento determinados.

¹⁸ La clasificación de los tipos de discapacidad utilizada en este estudio abarca tres categorías: la discapacidad física, sensorial, y psíquica o mental sin desconocer que existen diferentes propuestas de clasificación.

un millón doscientas mil personas con parálisis parcial o completa y nueve millones doscientas mil personas con impedimentos en el desarrollo” (Cuello, 1993, 3).

La OPS estimó para fines del siglo XX unas 83 millones de personas con discapacidad viviendo en la región de las Américas, 53 millones de ellas en Latinoamérica y el Caribe. En cuanto a esta última región la información sobre la discapacidad es limitada así como en la mayoría de los países en desarrollo. Sin embargo, se sabe que la incidencia y las consecuencias de la discapacidad se presentan más en áreas con bajos ingresos y bajo nivel educativo al tener mayor exposición a diversos factores de riesgo. Esta situación está directamente relacionada con la pobreza que se vive en muchos de los países de la región. De hecho, es de amplio conocimiento que la discapacidad tiene una relación directa con la pobreza¹⁹ (Dudzik et al, 2001; Despouy, 1993; Frieden 1993), en primer lugar, por la presencia de un mayor número de factores de riesgo, debido a las precarias condiciones de vida. En segundo lugar, el acceso a los servicios de atención en salud es más restringido. Por último, las posibilidades de ingresar a la educación, rehabilitación, entrenamiento vocacional, empleo, y en general a lograr una participación social activa son más limitadas.

“Las barreras económicas hacen que las personas con discapacidad por lo común se mantengan como las más pobres entre las pobres en todas partes del mundo y la consecuencia [de esta situación] es la discriminación y no una falta de habilidades, talento o capacitación” (Johnson, 1995; citado por Rodríguez, 1998). En relación con la pobreza, Cuello afirma que los países en desarrollo como la mayor parte de los países de Latinoamérica y el Caribe, se caracterizan por carecer de una serie de medidas básicas que significan un acceso limitado a condiciones que optimizan la calidad de vida de sus habitantes. En general, estos países presentan pocas medidas preventivas y de acciones orientadas a la salud, alta prevalencia de enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales; analfabetismo; ausencia de datos e información sobre discapacidad; servicios sociales, de salud y educación centralizados; omisión del tema de la

¹⁹ La pobreza como lo propone Consuelo Corredor es una “situación de precariedad resultado del contexto económico y sociopolítico que discrimina a un sector de la población al privarlo de los beneficios del desarrollo[...] la pobreza no es una situación determinada en forma exclusiva por la insuficiencia de ingreso, ni es un problema de no integración o de exclusión, sino de una inserción precaria en las dinámicas económica, social y política” (Corredor, 1999, 46).

discapacidad en los planes y programas nacionales y limitación de recursos a las áreas urbanas (1993).

En resumen, los países de América Latina se ven enfrentados a unas bajas coberturas en cuanto a la prestación de servicios de salud, en acciones de educación, baja movilidad ocupacional y un limitado cubrimiento en acciones que representan el bienestar de la población. Es decir, no sólo hay una mayor presencia de factores que posibilitan la aparición de discapacidad sino que el contexto no le garantiza a la persona las condiciones para desarrollarse plenamente. La tabla 3 permite aproximarse a la prevalencia de discapacidad en América Latina y el Caribe.

Tabla 3. Prevalencia de la discapacidad en países seleccionados

País	Prevalencia (% del total de la población)	Fuente original (referenciada en las respuestas a la encuesta del BID)	Año
Chile	4.3	Encuesta de caracterización socioeconómica Nacional (CASEN)	1996
Colombia	1.2	Departamento Nacional de Estadística (DANE)	1993
Costa Rica	9.3	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples	1998
Ecuador	3.2	Investigación Instituto Nacional de Estadística y Censos	1996
El Salvador	1.6	General Directorate of Statistics and Censuses	1992
México	2.3	XII Censo General de Población y Vivienda	2000
Nicaragua	12.3	Technical Report on Disabilities in Latin America	1995
Paraguay	1.0	Censo Nacional de Población y Viviendas	1992
Perú	13.1	IX Censo Nacional de Población y IV de Vivienda	1993

Nota del Autor: No son posibles las comparaciones entre países debido a las variaciones en los métodos y las definiciones de discapacidad.

Fuente: Disability in Latin American and the Caribbean. Dudzik, Elwan y Metts. Banco Interamericano de Desarrollo, 2001, 8

Las cifras que se presentan en la Tabla 3 constituyen una aproximación a la realidad, ya que se sabe que los sistemas de información en estos países no son los más fiables. La expresión tangencial de las cifras reales se debe también a que se parte de diferentes definiciones de la discapacidad, se usan variadas metodologías y en varios casos se cubren pequeñas muestras poblacionales lo que se aleja del auténtico contexto de los

países seleccionados. Esto hace que no sea posible la comparación de la situación de discapacidad entre los países aquí nombrados. En el caso de Colombia llama la atención la baja prevalencia reportada del 1.2% sobre el total de la población, dato que se basa en el censo del año 1993, cifra que no corresponde a la realidad, la cual será comentada en el apartado que profundiza el caso colombiano.

Considerando el número de habitantes de cada país, la población con discapacidad equivale a un porcentaje considerable de la población global, por lo que es apropiada la aseveración de las Naciones Unidas según la cual “las personas con discapacidad corresponden a una significativa minoría en los países menos industrializados” (Barnes et al, 1999, 11). Por las características específicas de la región de Latinoamérica y el Caribe, la población con discapacidad es especialmente vulnerable. Es de considerar de manera especial a los niños, mujeres y miembros de minorías étnicas con discapacidad, las personas con discapacidades severas y los adultos mayores.

Un grupo altamente vulnerable, el de la población infantil, representa un número considerable en las cifras relacionadas con discapacidad a nivel mundial. Según Parker, en 1990 el número de niños con discapacidad era de 150 millones. Las cifras estimadas para el año 2025 sugieren un aumento significativo. Los países desarrollados presentarán un descenso en las cifras, mientras que para los países en desarrollo se prevé un aumento. “La pobreza, las guerras y la epidemia del HIV/SIDA, son tres de los fenómenos que aumentan la incidencia de la discapacidad infantil” (1996, 3).

En definitiva, se encuentra que el panorama descrito señala elevadas cifras de prevalencia e incidencia en discapacidad. Se destacan mundialmente las variaciones entre países desarrollados y países en desarrollo, los cuales cuentan con diferentes factores de riesgo asociados a la discapacidad y diferentes respuestas a las necesidades específicas de la población con discapacidad según sus recursos y políticas. No obstante la variación observada, se encuentra que de manera especial los organismos internacionales presentan y estiman cifras que alertan sobre la situación de las personas con discapacidad. En tanto las cifras son elevadas se exige una toma de decisiones acorde con los recursos y posibilidades de cada nación.

2.1.3.2 Situación colombiana. Colombia aún cuenta con elevados niveles de desigualdad y exclusión social, lo que se evidencia en el aumento de los años de vida saludables perdidos, la baja cobertura en seguridad social, la disminución en la dinámica de calidad y cobertura de la educación, hacinamiento y la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico. Asimismo, el analfabetismo, la desnutrición, la mortalidad de los niños menores de cinco años y la baja matrícula escolar, son factores que indican las falencias en el cubrimiento de las necesidades de la población (Bernal, 1998).

Adicionalmente, la elevada concentración de la riqueza en algunos grupos de la población, el gasto militar y el gasto en seguridad, en control del terrorismo y en salud producto de la guerra, hacen que se desvíen los intereses del gasto social. Dichas circunstancias reunidas, conllevan a que los grupos poblacionales que requieren mayor atención, sean quienes enfrenten diariamente las barreras económicas, sociales y políticas que son resultado de la desigualdad. Lo anterior redonda según Garay (2002) en cifras elevadas de exclusión social, desigualdad y pobreza en la población colombiana.

Los problemas de pobreza, exclusión e inequidad que persisten en el país, originan efectos económicos, sociales y políticos negativos que afectan directamente a las personas con discapacidad ya que, como se mencionó anteriormente, la discapacidad se relaciona con las condiciones de pobreza que se presentan en países como Colombia.

Las cifras correspondientes a la discapacidad en Colombia varían ampliamente de un estudio a otro. Los diferentes procedimientos utilizados en la recolección de la información, las variadas formas de concebir la discapacidad y las diferencias en la población seleccionada, hacen que no exista información confiable al respecto. Es por esta razón que se maneja una aproximación a la estimación propuesta por la OMS. Según este organismo un 12% de la población del país presenta algún tipo de discapacidad física, mental o sensorial, de la cual el 60% corresponde a menores de edad. Para 1999 esta cifra indicaba aproximadamente 4.5 millones de colombianos con algún tipo de discapacidad (Presidencia de la República, 1999).

Otras fuentes consultadas expresan considerables variaciones en la cifra promedio. El Sistema Nacional de Información calculó hacia 1997 que el 23.8% de la población

presentaba algún tipo de discapacidad. El censo de población del DANE de 1993, reportó 593.546 personas con discapacidad de un total de 32.132.720 habitantes lo cual corresponde al 1.8% del total de la población²⁰. Según la proyección del DANE, Colombia contaba en 1999 con 42.299.301 habitantes de los cuales el 1,2% (535.932) presentaba discapacidad sensorial, de ésta el 42% (224.562 personas), presentaba sordera profunda. El 58% restante (311.370) tenía limitación visual (Ministerio de Salud, 2001).

En el año de 1994 se llevó a cabo el Estudio Piloto de Discapacidad basado en una muestra de 9.264 personas con discapacidad. De la muestra se estableció la población que había adquirido la discapacidad por causas perinatales o por enfermedad. Según el cuadro 1, en las causas perinatales se destacan el retardo mental, y la dificultad para y para oír. En las discapacidades originadas por enfermedad, se encuentran especialmente la dificultad para moverse y agarrar, para ver y para oír (Ministerio de Salud, 1996). Las causas perinatales fueron el principal origen de discapacidad en la muestra seleccionada.

Cuadro 1. Prevalencia de discapacidad según causas, 1994.

Causas	Tipo de discapacidad	Porcentaje
Causas Perinatales	Retardo mental	68.5%
	Dificultad para hablar	64.1%
	Dificultad para oír	44.5%
	Dificultad para moverse y agarrar	28.7%
	Trastornos mentales y emocionales	28.3%
	Dificultad para ver	26.2%
	Trastornos funcionales crónicos	23.6%
Causas	Tipo de discapacidad	Porcentaje
Enfermedades	Dificultad para moverse y agarrar	37.9%
	Dificultad para ver	27.6%
	Dificultad para oír	26.8%
	Retardo mental	14.4%
	Dificultad para hablar	11.6%

Fuente: Estudio piloto sobre discapacidad. Pontificia Universidad Javeriana, 1994. Citado por: Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y minusvalía. Ministerio de Salud, 1996, 29.

²⁰ Es necesario aclarar que estos datos no son confiables debido a la diferente comprensión de la pregunta relacionada con discapacidad por los encuestadores y los encuestados (Ministerio de Salud, 2001).

La discapacidad física fue estudiada en 1993 en una muestra retrospectiva del Centro Nacional de Rehabilitación, basándose en 15.000 historias clínicas, en las cuales se encontraron como principales causas las lesiones medulares con el 37.10%, los accidentes cerebrovasculares con 27.92%, las enfermedades degenerativas con 10.25% y la artritis con un 3.89%. Por otro lado, una encuesta de la Defensoría del Pueblo, realizada en 1994 a 1.620 personas con discapacidad, encontró que el 39.86% presentaba retardo mental y el 16.65% Síndrome de Down. El Estudio Nacional de Salud Mental en el año de 1993 indicó que tres de cada mil personas entre 12 y 15 años presentan discapacidad permanente por problemas mentales (Ministerio de Salud, 2000).

Colombia cuenta con el estudio de la Carga de la enfermedad período 1985 -1995, el cual maneja el índice AVISA²¹ (Años de vida ajustados por discapacidad), permitiendo establecer el alcance de la enfermedad y de las lesiones no fatales. En el cuadro 2 se presentan las tres primeras causas para el indicador AVISA por discapacidad, según grupos de edad y género, para el período de 1995 en Colombia.

Cuadro 2. Primeras causas de AVISA por discapacidad por edad y género, 1995

Grupo de edad	Causa de discapacidad por género	
	Femenino	Masculino
0-4	Desnutrición Protéico-Calórica Anomalías Congénitas Afecciones Perinatales	Desnutrición Protéico-Calórica Afecciones Perinatales Anomalías Congénitas
5-14	Cardiopatía reumática Anemias Epilepsia	Cardiopatía reumática Anemias Epilepsia
15-44	Anemias Sepsis Puerperal Artritis Reumatoidea	Enfermedades Músculoesqueléticas Enfermedades Neuropsiquiátricas Cardiopatía Isquémica
45-59	Cardiopatía Isquémica Hipertensión Arterial Cáncer de Cuello Uterino	Dependencia de Alcohol Artritis Reumatoidea Cardiopatía Isquémica
60 y más	Cardiopatía Isquémica Enfermedad Pulmonar Obstructiva C. Demencias, trastornos del SNC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva C. Cardiopatía Isquémica Demencias, trastornos del SNC

Fuente: Organizado con base en los datos de Gallardo. Mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad. 1999, 87 – 90

²¹ El indicador AVISA (Años de vida ajustados por discapacidad) corresponde al indicador AVAD nombrado anteriormente (pág. 24). Se refiere a un año de vida “saludable perdido” por vivir con una discapacidad.

Al observar el indicador AVISA por causas, se encuentra la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas en los diferentes grupos de edad, así como causas relacionadas con la pobreza como la desnutrición y las anemias. Por otro lado, hay una aparición temprana de enfermedades neuropsiquiátricas en el género masculino y un lugar destacado de la dependencia al alcohol en el mismo género. Es preciso tener en cuenta que las expresiones de estas causas en términos de discapacidad conllevan a limitaciones en los diferentes grupo de edad y género.

Si bien el cuadro 2 presenta datos proyectados para el año 1995, en el período total del estudio de la carga de la enfermedad 1985 – 1995, se encontró una tendencia a la disminución de enfermedades transmisibles, nutricionales, maternas y perinatales. Se observó una baja presencia de las lesiones y un aumento paulatino de las enfermedades crónicas. El estudio encontró para el género femenino un aumento en el peso de AVISA por discapacidad debido a enfermedades crónicas y degenerativas en el período estudiado. Para el género masculino, las principales causas de discapacidad son las enfermedades crónicas y las lesiones intencionales. Finalmente, se presentan como grupos más vulnerables para adquirir una discapacidad los de 60 años y más en ambos géneros, debido a enfermedades respiratorias crónicas y el grupo femenino de 15 – 44 años por enfermedades musculoesqueléticas y maternas.

Es importante anotar que en Colombia la prevalencia de la discapacidad no se conoce con precisión. Pese a esto, es necesario reconocer que debido al conflicto interno, el desplazamiento, las condiciones de desarrollo socioeconómico y las tendencias demográficas cambiantes, la discapacidad se ha convertido en “un problema de salud pública²² de proporciones crecientes” (Ministerio de Salud, 1996, 25) (Rodríguez, 2000, 21),

A los anteriores aspectos se agrega la llamada *transición epidemiológica*, concepto propuesto por Onram que explica procesos cambiantes en la salud de las diferentes sociedades, y que lleva al aumento de la discapacidad. Los procesos básicos que abarca

²² En el presente estudio el hecho de considerarse la discapacidad como un problema de salud pública no implica que la población con discapacidad sea vista como una carga social o se demerite su condición humana, más bien se refiere a la magnitud del tema en cuestión y la necesidad de darle la trascendencia necesaria al mismo.

la transición son: a) sustitución entre las primeras causas de muerte de enfermedades infecciosas a enfermedades no transmisibles b) el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad de los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada; y c) el cambio de predominio de la mortalidad a predominio de la morbilidad, con una disminución de la fertilidad que llevan a una *transición de la salud* (Frenk, 1991; Rodríguez y Gallardo, 1999; González y Velandia, 1999; Harwood et al., 2004).

Adicionalmente, según estos autores los países en desarrollo como los de Latinoamérica y del Caribe han experimentado una profunda transformación en sus necesidades sanitarias. Colombia, por su parte, ha presentado también cambios en su composición demográfica y en sus necesidades de salud por los complejos problemas de orden social y políticos que presenta.

Como parte de las consecuencias de la transición cabe resaltar que los procesos discapacitantes representan un importante papel, ya que disminuyen las cifras de mortalidad infantil y aumentan las enfermedades crónicas - degenerativas y la esperanza de vida con las limitaciones funcionales que estos procesos puedan provocar.

La situación de discapacidad en Bogotá para 2003 reportaba una cifra de 720.000 habitantes con discapacidad, atendiendo a la prevalencia del 12% propuesta por la OMS, cifra probablemente subestimada por los reportes del Censo Nacional de Población realizado por el DANE en 1993, donde se indicó la existencia de 63.143 personas con alguna discapacidad²³. Según el estudio La carga de enfermedad en Santa Fe de Bogotá (Gallardo y Rodríguez, 1999), el 60% de los AVISA se deben a la mortalidad y el 40% a la discapacidad con mayor predominio del grupo de enfermedades crónicas. La primera causa de la carga de enfermedad en el grupo de 0 a 4 años son las anomalías congénitas y las afecciones perinatales. En el grupo de 4 a 15 años en mujeres es la cardiopatía reumática y en hombres, el asma bronquial y la epilepsia. En el grupo de 15 a 44 años, las principales causas son las enfermedades músculo-esqueléticas, las anemias y las neuropsiquiátricas; para la población entre 45 y 59 años en mujeres la artritis reumatoidea y en hombres la cardiopatía congénita y en personas mayores de 60 años, las enfermedades neuropsiquiátricas y las neumonías.

²³ Información tomada de la página web www.saludcapital.gov.co. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá.

En el año 2005 el DANE realizó el censo general de población. Se indagó sobre la población con discapacidad encontrando que del total de la población colombiana (41.242.948 personas) hay una prevalencia de discapacidad del 6.4%, lo cual indica que 2.639.548 personas presentan una limitación permanente (DANE, 2006).

Por otro lado, se está realizando actualmente el Registro y Caracterización de la población con discapacidad, que consiste en un reconocimiento georeferenciado de personas con discapacidad, donde se miden la limitación, alteraciones y restricciones, conceptos basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud. A su vez el registro pretende averiguar aspectos relacionados con la seguridad social, niveles educativos y atención social, entre otros. Hasta el mes de junio del presente año se habían cubierto 17 departamentos y 442 municipios aproximadamente. Hasta el momento se ha evidenciado que la familia se encuentra como el primer factor de exclusión social de las personas con discapacidad. Por otro lado, la población cuenta con niveles educativos bajos que en gran parte de la población registrada no supera la educación básica primaria, de esto se deriva una baja presencia de la población en los diferentes espacios de participación social.

En resumen, las cifras tanto nacionales como internacionales no permiten por sí mismas un completo acercamiento a la complejidad del tema. Adicionalmente, estas cifras se incrementan si se consideran las *discapacidades emergentes* que involucran a las personas con enfermedades o alteraciones crónicas, discusión que se encuentra sin resolver y que como lo describen Fox y Kim (2004) la comprensión de estas discapacidades difiere del análisis de las *discapacidades tradicionales*. De lo anterior, se deriva que la discapacidad adquiere una relevancia significativa por las considerables cifras que se presentan mundialmente y por la situación de desprotección y percepción negativa de la sociedad hacia la persona con discapacidad. Esto exige la concreción de datos que relacionen la discapacidad y el conflicto y que proporcionen información veraz al respecto.

2.1.4 Legislación y Política. Uno de los mecanismos de organización de la sociedad es la legislación. Esta comprende una serie de normas, ordenamientos jurídicos, principios y reglas, que vigentes en un momento histórico determinado, equilibran el orden social. En relación con las necesidades de las personas con discapacidad, se han generado tanto en el ámbito nacional como internacional convenios, leyes, normas, acuerdos y resoluciones. La legislación ha incluido los diferentes sectores como son salud, educación, trabajo, recreación, deporte y cultura. Sus acciones se orientan al logro de la igualdad de oportunidades para toda la población.

En el plano internacional diferentes organismos han establecido normas, encontrándose como uno de los primeros antecedentes las dictadas por la Organización Internacional del Trabajo, en cuanto al empleo obligatorio de personas “impedidas” de las fuerzas armadas en el año de 1921. Posteriormente, se produjeron otras disposiciones presentadas por organismos como las Naciones Unidas y Rehabilitación Internacional.

Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad elaboradas por las Naciones Unidas en el año de 1993, han tenido una influencia importante en la generación de políticas en distintos países frente a la discapacidad. Entre sus objetivos se encuentra el ofrecer modelos para el proceso político de adopción de decisiones tendientes al logro de la igualdad de oportunidades.

A pesar de que en muchas ocasiones las políticas se han basado en el llamado modelo médico o en la visión tradicional de la discapacidad, el tema de la discapacidad ha alcanzado un perfil más elevado de su política en las últimas décadas. En los países más industrializados han crecido las iniciativas de organizaciones de personas con discapacidad quienes expresan opciones de integración. Se han introducido formas de legislación antidiscriminatoria para proteger estas personas de tratos injustificados y eliminar la discriminación (Quinn et al., 1993, citado por Barnes et al., 1999).

Un ejemplo del avance legislativo efectuado en países desarrollados es la *Americans with Disabilities Act (ADA)* de 1990, desarrollada en los Estados Unidos. La ADA ha sido uno de los grandes logros resultado de la presión de grupos de personas con discapacidad para establecer la discapacidad como un tema de derechos humanos. Es considerada

por varios teóricos como una importante herramienta de legislación antidiscriminatoria en el mundo (Albrecht 1992, citado por Barnes et al., 1999).

Después de los resultados positivos de la ADA, varios países dentro de los cuales se encuentran Australia, Nueva Zelanda y Francia introdujeron formas de legislación de los derechos civiles de las personas con discapacidad. Los movimientos de personas con discapacidad en Gran Bretaña lograron por su parte la conquista de la *Disability Discrimination Act* en el año de 1995. En general, como lo plantea Barnes et al. (1999), los movimientos de las personas con discapacidad son cada vez más políticos y han llegado a ser un modelo en las sociedades más industrializadas del occidente de Europa.

Partiendo de la legislación internacional, en Colombia se han generado normas que sustentadas en recomendaciones y convenios universales, han intentado aproximarse al tema de la discapacidad de manera integral, contemplando los diversos sectores. Es la reforma a la Constitución Política Nacional de 1991 la que da realmente un vuelco importante a la legislación en discapacidad en Colombia, ya que constitucionalmente es la primera vez que en el país se tiene en cuenta a esta población.

Diferentes artículos de la Constitución establecen la protección de los derechos fundamentales de la persona con discapacidad (citada como “minusválida” en la Carta Constitucional), así como el desarrollo de una política de rehabilitación e integración social y la garantía de acceso a los servicios de salud y a una actividad laboral. El cumplimiento de todo lo anterior es competencia del Estado, es decir, es responsabilidad del Estado garantizar el bienestar de la persona con discapacidad.

Dentro de los principales actos legislativos desarrollados en Colombia se destacan: salud con las leyes 60 y 100 de 1993, transporte con la Ley 105 de 1993, educación con la Ley 115 de 1994, trabajo con la Ley 119 de 1994, recreación y deporte con las Leyes 181 de 1995 y comunicaciones con la Ley 324 de 1996. Adicionalmente, en febrero de 1997 se presentó la Ley 361 “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Ministerio de Salud, 1998). Esta ley pretende responder a las necesidades de la población con discapacidad y favorecer mecanismos de integración

social en los diferentes sectores sociales. Se destacan también la Ley 582 de 2000 de deporte asociado de personas con discapacidad y la Ley 762 de 2002 que aprueba las disposiciones de la “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de las personas con discapacidad”.

Más recientemente se han hecho avances en cuanto a la generación de política pública en discapacidad en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 “Hacia un Estado comunitario”. Inicialmente se presentó el documento Bases para la Formación Política Pública en Discapacidad del año 2004, que contiene las orientaciones conceptuales, técnicas y metodológicas para la formación de la política y a continuación el documento Conpes Social 80 que somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social la política pública de discapacidad y los compromisos para su implementación, así como las estrategias para su desarrollo con la participación de las instituciones del Estado en las diferentes entidades territoriales, la sociedad civil y la ciudadanía.

En la actualidad, cada uno de los sectores de prestación de servicios cuenta con un marco legislativo relacionado con el tema de la discapacidad. A continuación se presenta en el Cuadro 3 una breve descripción de las actividades que le corresponde realizar a cada sector.

Cuadro 3. Síntesis de acciones en discapacidad para los sectores salud, trabajo, educación, recreación, deporte, cultura y accesibilidad.

Sector	Acciones
Salud	Se realizan actividades de promoción de estilos de vida saludables, prevención de la enfermedad y la discapacidad, y tratamiento y rehabilitación. En los regímenes subsidiado y contributivo ²⁴ , existen estrategias de promoción de la salud para mujeres en estado de embarazo, en posparto y lactancia. Se lleva a cabo el control de crecimiento y desarrollo a los menores de un año e inmunización. Se incluyen, además, medidas de diagnóstico de deficiencia, discapacidad y actividades de rehabilitación.
Trabajo	El sector trabajo cuenta con mecanismos de promoción de la salud del trabajador y prevención de la discapacidad, que por medio de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) que capacitan a los trabajadores para evitar los ATEP (Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional). En Colombia toda persona con discapacidad puede obtener y conservar un empleo. Para las personas que no pueden desarrollar una actividad laboral con carácter competitivo, el gobierno creará programas de empleo protegido. El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) organiza programas de formación y readaptación profesional. Adicionalmente, el gobierno establece incentivos a los empleadores que vinculen laboralmente a la población con discapacidad. El Sistema General de Riesgos Profesionales cuenta con un Fondo de Solidaridad Pensional, que maneja los recursos para los riesgos de invalidez, vejez y muerte. Las personas que han sufrido algún ATEP, tienen derecho a ingresar a un programa de rehabilitación, a cargo de la ARP a la que se encuentre afiliado.
Educación	Se destacan acciones de promoción en los planes curriculares escolares. Por otra parte, las entidades públicas y privadas que tengan a su cargo la formación de profesionales relacionados con la discapacidad, deben incluir en sus currículos temáticas relacionadas con la discapacidad. El Estado garantiza el acceso al servicio de educación pública tanto en los niveles primario, secundario, profesional y técnico, promoviendo la integración de las personas con discapacidad a las aulas regulares tanto en centros educativos públicos como privados.
Recreación, Deporte y Cultura	Según la Ley general del deporte es obligación del Estado formular y ejecutar programas especiales de educación física, deporte y recreación de las personas con discapacidad, de la tercera edad y otros sectores sociales necesitados. Para favorecer la participación de las personas con discapacidad a nivel olímpico, se creó el Comité Paraolímpico Colombiano. Este participa en los juegos paraolímpicos internacionales y otras competiciones. A la par, la Federación Paraolímpica fomenta, patrocina y organiza la práctica deportiva nacional. Las personas con discapacidad aseguran su participación en actividades culturales, por medio del Consejo Nacional de Cultura.
Accesibilidad	La legislación en accesibilidad involucra la accesibilidad al transporte y a los medios de comunicación. La accesibilidad se refiere a la adecuación, diseño y construcción de los diferentes espacios y la eliminación de barreras arquitectónicas. Con respecto a las comunicaciones, en las emisiones de carácter cultural e informativo, se debe disponer de intérpretes para personas con limitación auditiva.

²⁴ En el régimen subsidiado se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que no tienen capacidad de pago y son beneficiarias de los aportes del régimen contributivo. Este último agrupa las personas que cotizan al sistema.

La reglamentación desarrollada en los diferentes sectores se ha apoyado en estrategias generadas desde los gobiernos nacional, departamental y distrital, para su cumplimiento. Un ejemplo es el Plan Nacional de Atención a la Discapacidad (PNAPD) 1999 – 2002, basado en ocho líneas de acción: sistemas de información, planeación, oferta de servicios, desarrollo tecnológico, asistencia técnica, comunicación y cultura, cooperación técnica e investigación, reglamentación y protección jurídica y evaluación y seguimiento. Este proyectó la construcción de una política pública y de una red de apoyo territorial, teniendo como objetivo general el mejoramiento de la calidad de vida de la población con discapacidad (Presidencia de la República, 1999).

De acuerdo al PNADP, el Ministerio de Salud impulsó en el año 1999 la creación de redes de apoyo territorial para la atención a la discapacidad (Ministerio de Salud, 2000). Este proyecto se basa en la construcción de un sistema de relaciones ínterterritoriales, intersectoriales e interinstitucionales. Su fin es promover la oferta de servicios, el intercambio de experiencias, la producción de conocimiento y la racionalización de los recursos disponibles (Rodríguez, 2000).

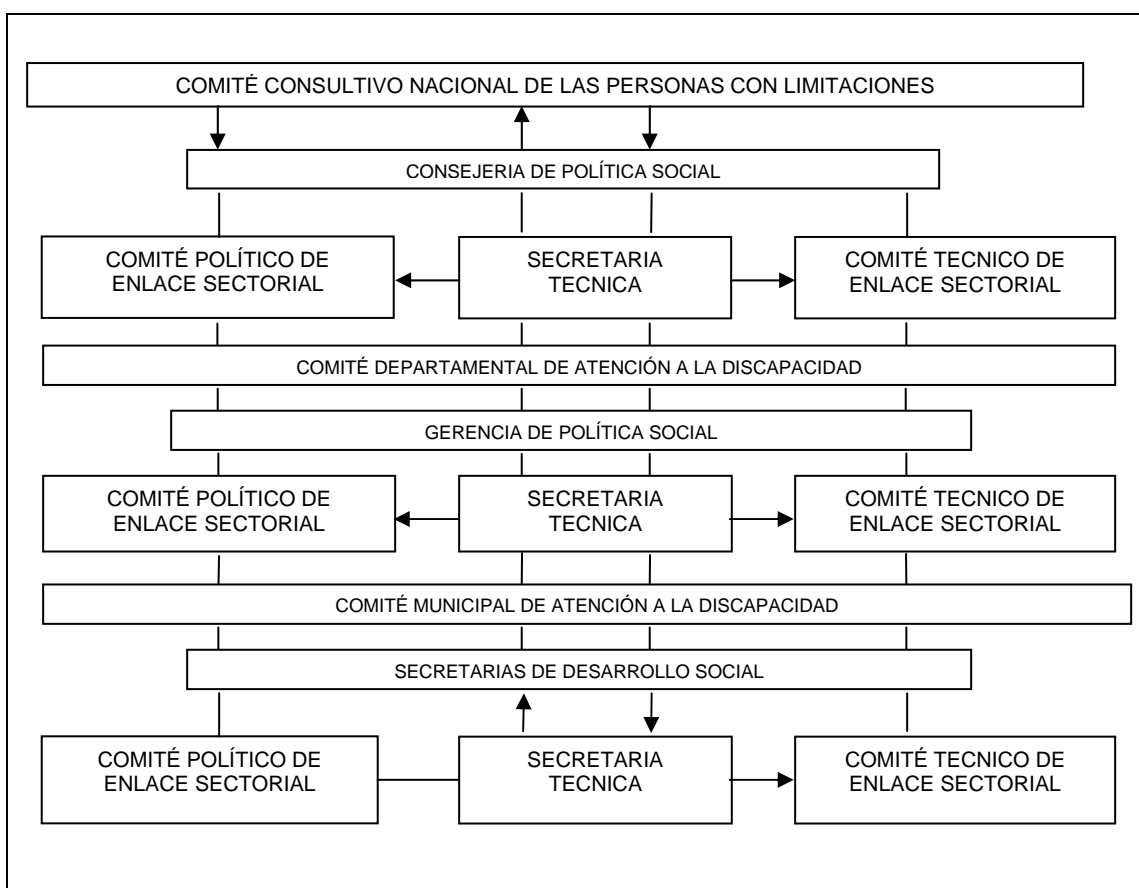
A estos dos proyectos de impacto nacional, el PNAPD y la red nacional de apoyo, se le adiciona uno de impacto distrital que surge a partir de la propuesta del Ministerio de Salud, por medio del cual Bogotá como red territorial conforma un Concejo Distrital como cuerpo decisorio, un Concejo Técnico como cuerpo operativo y unos Concejos Locales como cuerpos de acción en cada localidad (Acuerdo 22 de 1999, Concejo de Bogotá). La creación de los Concejos Locales busca espacios de interacción social de las personas con discapacidad con los estamentos públicos y privados, tratando de consolidarse como una red social.

El Consejo Local es “el órgano de coordinación y asesoría de los proyectos y programas relacionados con el bienestar de las personas con discapacidad en el ámbito local” (Acuerdo 002 de 1999). La red distrital de apoyo a la discapacidad ha soportado sus acciones en la política distrital “Concertando entornos colectivos para las personas con discapacidad”²⁵ y en el PNAPD, que han sido la base para la formulación del Plan Distrital

²⁵ El fin de la política distrital presentada en el año de 1997 cubre tres ejes centrales como son el desarrollo humano, la concertación y la imagen futura deseada, en busca de una ciudad amable y accesible para todos los ciudadanos, especialmente para las personas con discapacidad (Secretaría Distrital de Salud, 2001).

de Discapacidad para el periodo 2001 – 2005. El desarrollo de la política se basa en siete líneas de intervención: promoción, prevención, atención en salud y (re) habilitación funcional, educación, accesibilidad, vida laboral y vida en comunidad y redes de apoyo (Secretaría de Salud, 2001). La estructura de la red de apoyo incluye los niveles nacional, departamental y municipal, e implica un trabajo de coordinado entre los diferentes sectores, como se evidencian en el gráfico 2.

Gráfico 2. Estructura de la red nacional de apoyo a la discapacidad



Fuente: Rodríguez, S. Red Nacional de Apoyo a la Discapacidad. 2000, 64

El panorama legislativo presentado permite confirmar el desarrollo legal de la discapacidad a nivel internacional y nacional en los últimos veinte años. Esta evolución ha favorecido en algunas sociedades el avance hacia la igualdad de oportunidades, la participación activa y la toma de conciencia frente a las necesidades de las personas con discapacidad.

En el caso de Colombia, de forma gradual se ha dado un desarrollo legal que representan importantes contribuciones para mejorar el abordaje de las necesidades de la población con discapacidad en el país. En el Anexo A se relacionan los actos legislativos más destacados relacionados con la discapacidad en diferentes sectores y a escala internacional y nacional respectivamente hasta el momento actual.

2.2 REPRESENTACIONES SOCIALES

En este aparte se describirán inicialmente aspectos generales sobre el concepto de representaciones sociales como rama de la psicología social que profundiza en la comprensión de los fenómenos sociales. Por otro lado, se presentan puntos de vista de las corrientes más destacadas de las representaciones sociales, para ofrecer una perspectiva general de sus producciones teóricas y su aporte al presente estudio.

2.2.1 Definición del concepto. La percepción que un grupo social expresa hacia un asunto determinado se manifiesta por medio de actitudes, creencias, valores, imaginarios o representaciones, que presentes en la cultura de un grupo social, determinan el trato entre y hacia sus diferentes grupos y organizaciones sociales. Para Tylor la cultura “es todo aquel complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridas por el individuo en cuanto miembro de la sociedad”, por lo cual, esta se constituye en todo lo que él aprende diferenciándose así de lo que adquiere por herencia biológica (Citado por Kahn, 1989, 25). Asimismo, la cultura involucra la expresión de las relaciones sociales, las ideas y las normas de un grupo social, que se han consolidado bajo un sistema de valores y creencias.

En el proceso de formación de percepciones e ideologías, el grupo asimila las ideas del exterior y les otorga sentido para poder justificar sus acciones y comportamientos. En el caso del presente estudio se busca indagar sobre los patrones de pensamiento que manejan los individuos participantes hacia el tema de la discapacidad, así como la interpretación y la forma de pensar la discapacidad como una realidad cotidiana.

Los mecanismos bajo los cuales las personas asumen las percepciones e ideologías les permiten mantener su punto de vista hacia diferentes temas que manejan en la cotidianidad. De esta forma, las informaciones recibidas a diario, van siendo seleccionadas y almacenadas para que la persona pueda organizar su discurso y comportamiento frente a los demás. La constante recepción y asimilación de información y la actividad desarrollada diariamente, favorecen una acumulación de experiencias que como lo menciona Aguirre, hacen que “el individuo pueda actuar “tranquilamente” con un sólido sentido común, es decir, con una percepción “natural” de su particular entorno social” (1998, 103).

En el momento en que la persona se enfrenta hacia una circunstancia, persona o grupo determinados, hace uso de la información que ha ido almacenando a través de los años para expresar su punto de vista en particular. Es el caso de la información que se asimila por medio del aprendizaje espontáneo, que “consiste en inducir reglas más generales para obtener formas más económicas o más eficaces de representar sucesos semejantes” (Bruner, 1989, 122). El volver a presentar o re-presentar facilita la comprensión de la realidad y de los comportamientos frente a cada objeto social. La representación vista desde la psicología se refiere, según Bruner, a un conjunto de reglas por medio de las cuales se puede conservar aquello experimentado en diferentes acontecimientos. La representación se puede dar por medio de acciones, imágenes, palabras u otros símbolos, y es selectiva ya que toma solamente lo que tiene que ver con el objeto representado constituyéndose en un “médium”.

Adicionalmente, la representación es una realidad que puede ser utilizada y retomada en el momento en que se necesite, permaneciendo en el tiempo. Lo anterior se aplica a la representación colectiva o grupal, con la diferencia de que esta última es social por su extensión a una comunidad. El término representación, referido a los grupos sociales, fue definido por Emile Durkheim (1951), sociólogo francés, quien le denominó *representación colectiva*. Aunque a este desarrollo le antecedieron aproximaciones teóricas de representaciones de grupos en el campo de la filosofía por parte de Jean Jacques Rousseau y de Augusto Comte y le siguieron planteamientos de sociólogos contemporáneos como Max Weber y George Simmel (Bautista, 1995), fue realmente Durkheim quien proporcionó mayor sustento teórico al tema. Él suponía que los

miembros de colectividades compartían de manera inconsciente modelos que asimilaban, reproducían en sus comportamientos y propagaban a otros a través de la educación (Di Giacomo, 1987). Para él, la vida colectiva y la vida mental del individuo estaban hechas de representaciones en cierto modo comparables: “No puede existir vida representativa sino en el todo formado por la reunión de elementos nerviosos, del mismo modo que la vida colectiva no existe sino en el todo formado por la reunión de individuos” (Durkheim, 1951, 125). Adicionalmente, para Durkheim las representaciones colectivas no provenían de los individuos tomados aisladamente, sino en conjunto.

A partir de una revisión y crítica a los supuestos presentados por Durkheim, Serge Moscovici (1961) representante de la psicología social francesa²⁶, reanuda la interpretación del concepto representación colectiva y presenta su propuesta con respecto a las percepciones operadas en grupo. De acuerdo a Moscovici, la representación colectiva no puede ser asimilada solamente como la suma de representaciones de los individuos que componen la sociedad. Son generadas y adquiridas basándose en las interacciones e intercambios sociales. De este modo, asigna a las representaciones las funciones de formación de comunicaciones y conductas, participación en la construcción de la realidad, utilidad como signo de especificidad de los grupos, e instrumento por medio del cual el individuo o el grupo aprehende su entorno (Moscovici, citado por Bautista, 1995). Al mismo tiempo, las representaciones permiten mantener los vínculos entre los miembros de un grupo disponiéndolos para pensar y actuar de manera uniforme. Es así como Moscovici construye un modelo teórico para comprender las interacciones entre individuos denominándole *representaciones sociales*.

El enfoque de las representaciones sociales lo fundamenta a partir de su función simbólica, en tanto brinda al individuo herramientas para entender su cotidianidad, es decir, las representaciones constituyen un nexo entre el individuo y su mundo. Así, Moscovici evita reducir las representaciones a un aspecto exclusivo de la psicología individual²⁷, concentrándose en las condiciones socioculturales que rodean a la persona. Adicionalmente, “su postura desde el punto de vista epistemológico es abiertamente crítica al conductismo y al positivismo” (Banchs, 2000, 3.1), que eran los enfoques

²⁶ La psicología social es para Aguirre “una expresión de la conciencia colectiva” (1998, 5).

dominantes en ese momento. Por otro lado, considera que la representación social “contribuye a procesos de orientación de las conductas y las comunicaciones sociales” (Moscovici, citado por Noboa, 1994, 115). Es una mediación entre el concepto -que implica contenido intelectual-, y la percepción -que guarda un predominio sensorial-.

La tesis planteada por Moscovici utilizó como objeto de estudio la imagen del psicoanálisis por parte de la sociedad francesa de la época, de donde derivó el análisis de las representaciones sociales. En su libro *Le Psychoanalyse son Image et son Publique* mostró la forma en que la ideología del colectivo afecta la interpretación que la persona hace de la realidad, determina los juicios sobre las personas y objetos, y es el origen de emociones que guían comportamientos que concretan las representaciones (Di Giacomo, 1987). Los hallazgos relacionados con el estudio de Moscovici fueron fundamentales ya que le permitieron determinar funciones, principios de elaboración y estructura de las representaciones.

Di Giacomo sintetiza dichos hallazgos en los siguientes aspectos que pueden ser extensibles a cualquier objeto social²⁸ (1987, 278) y que fundamentaron el posterior desarrollo teórico que ha enriquecido el análisis de la comprensión de fenómenos grupales: a) No existe una única representación del psicoanálisis sino varias. La diferencia radica en sus contenidos y en las actitudes bien sean favorables o desfavorables, según las pertenencias sociales, b) Los individuos evalúan el discurso y la práctica analítica con la ayuda de criterios sociales, según su inclinación política o religiosa, c) En la elaboración de las representaciones las informaciones privilegiadas son seleccionadas y descontextualizadas y se integran de nuevo a la cultura del grupo, y d) La función de la representación permite reducir el ambiente a categorías simples. Es decir, la representación sirve para clasificar a las personas y sus conductas, a la vez que se emplea como guía de comportamiento.

Un objeto de representación bien puede tratarse de grupos sociales, individuos o hechos sociales relevantes. El vínculo del sujeto con el objeto es expuesto en la representación,

²⁷ La psicología individual o un enfoque individualista de la psicología social se ubica más en el contexto norteamericano que en el europeo. La aproximación social ha encontrado gran aceptación por parte de los psicólogos sociales latinoamericanos.

²⁸ El objeto social se refiere a una situación específica, circunstancia, persona o grupo, que es concebido en un grupo.

que para Viveros “es el proceso por el cual se establece la relación entre sujeto y objeto” (1993, 242). La relación planteada influye en la actividad social y en tanto se modifica, altera patrones de comportamiento ya establecidos.

Es relevante destacar que se deben dar ciertas condiciones para que se genere una representación social sobre un tema, fenómeno u objeto determinado. Con respecto al objeto, su carácter debe ser social y esto depende de la relación que se establezca entre el objeto y las personas. Páez y Elejabarrieta (citados por Ruiz, 2001, 6) presentan una serie de características que se deben cumplir para que un objeto social sea sobresaliente para un grupo: a) supone un cambio importante en la concepción del mundo y del ser humano, b) son fenómenos o procesos que modifican las concepciones hacia los objetos sociales por parte una sociedad, c) son acontecimientos dramáticos normalmente *dolorosos*²⁹ que afectan a una sociedad, como la enfermedad mental o el SIDA y d) son fenómenos o procesos que están presentes de forma importante en la vida social de las personas, afectando los procesos básicos de comunicación, interacción social o de la visión del mundo.

Las representaciones sociales difieren de otros términos comúnmente utilizados por la psicología social o por las diferentes disciplinas de las ciencias sociales, como la actitud, la opinión, el estereotipo y el imaginario colectivo. La actitud, por ejemplo, se refiere a “una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada” (Fazio, 1989; citado por Morales y Olza, 1996, 229). Corresponde a las emociones que despierta el objeto en la persona, con una orientación positiva o negativa. La opinión es un saber vago que antecede a la actitud (Bautista, 1995), expresa las ideas comunes que tienen en conjunto miembros de una sociedad y que motivan comportamientos relativamente esperados. El estereotipo, por su parte, se entiende como una creencia que implica cierta rigidez, constituyéndose como un comportamiento de rechazo que se impone al actuar espontáneo de las personas (Bautista, 1995). Finalmente, el imaginario colectivo se define como “la manera de pensar y sentir propias de un momento histórico. Se refiere al sentido común colectivo” (Moise, 1998, 40) y se relaciona con “trabajos antropológicos y semióticos” (Aguirre, 1998, 143).

²⁹ La cursiva se ha agregado.

Las representaciones abarcan un concepto más global con respecto a los anteriores términos; incluso contienen a la actitud, que es considerada como un elemento que las compone. Como bien lo expresa Farr “las representaciones trascienden la esfera de las simples opiniones, imágenes y actitudes” (1993, 496). Esto en cuanto presentan un mayor nivel de elaboración mental y una estructura organizada y jerárquica, de la cual carecen los otros términos expuestos.

Es pertinente precisar que si bien las representaciones tienen un carácter social compartido así como lo tienen las religiones, los mitos y las leyendas, estos últimos corresponden a formas mentales de las sociedades tradicionales que vienen a ser superados y remplazados por las representaciones (Viveros, 1993), que se conciben como “sistemas cognitivos que poseen una lógica y un lenguaje particulares [...] de “teorías” de “ciencias” *sui generis*, destinadas a descubrir la realidad y ordenarla” (Moscovici, citado por Farr, 1993, 496). No corresponden, por tanto, a patrones rígidos de pensamiento como se podría pensar, sino que responden a intercambios que se expresan en el momento de llevar a cabo prácticas sociales.

Las representaciones sociales son un punto intermedio entre una elaboración psicológica y social del contexto del individuo o grupo. En este sentido, se les atribuye un carácter social porque les permite a las personas asimilar e interpretar el contexto y los contenidos de las comunicaciones, así como “reflejan prácticas sociales y determinan la aparición de nuevas prácticas” (Paicheler, 1993, 401). Es decir, expresan el pensamiento de un grupo. Como lo menciona Uribe:

“La representación social aparece entonces como un medio de difusión de los conocimientos que pueden ser científicos o no. En tanto que principio organizador de los grupos en su dimensión cultural y social, ella se torna en instrumento de comunicación y centro de conflicto o de identificación. Más precisamente, la representación social produce un doble trabajo sobre el objeto, sobre el grupo social, la sociedad y la cultura” (Uribe et al. 2000, 65).

Funcionalmente las representaciones clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir de las creencias de sentido común y es este conocimiento espontáneo e intuitivo el elemento base de la interacción. Por este medio, los grupos o los individuos estiman poder, comprenden la realidad y dominan una gama amplia de problemas que se les presentan. Por ejemplo, para que una persona pueda hablar de temas variados como

política, cuestión de género o discapacidad, no tiene que dominarlos, ni haberlos estudiado previamente, sino que su discurso puede partir de elementos básicos que haya recopilado de su entorno y de las experiencias de su cotidianidad.

Como parte de las funciones asignadas a las representaciones sociales, Abric describe las siguientes (2001, 15): a) Funciones de saber: permiten entender y explicar la realidad. Los conocimientos que adquieren las personas son integrados y de esta manera se define un marco de referencia común que es necesario para la explicación de las vivencias y para la comunicación social; b) funciones identitarias: definen la identidad y permiten salvaguardarla, c) funciones de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas y d) funciones justificadoras: permiten justificar las posturas y los comportamientos.

Las funciones sitúan a los individuos en relación con sus acciones. Teniendo presente el contenido normativo ayudan a distinguir lo que es correcto o incorrecto, o lo que es normal o anormal a partir de sus sistemas de creencias, estableciendo clasificaciones bajo pautas determinadas. Como lo sugiere Aguirre, la representación es una especie de “metalenguaje” que contiene un “metaconocimiento” (1998, 132). En estos términos el autor engloba pensamientos, sentimientos y acciones que asimilan las personas y que guardan independencia en relación con las ideologías particulares de individuos y grupos.

En resumen, las representaciones son la reproducción de una imagen generalizada, que orienta las acciones de personas y grupos. Su análisis permite establecer los diferentes contenidos asociados a la conducta social de las personas. Al determinar los contenidos se puede establecer qué percepciones orientan acciones y conductas favorables o desfavorables de un grupo o grupos hacia el objeto de representación.

2.2.2 Elementos y organización. Según Pereira de Sá (citada por Banchs, 2000, 3.1), son tres las corrientes más importantes en la producción teórica actual en torno a los elementos, organización y análisis de las representaciones sociales en Europa³⁰. Una es

³⁰ Es de aclarar que según el origen sociológico del concepto de las representaciones sociales, existe una fuerte influencia de la sociología europea hacia la psicología social de grupos, lo cual explica el hecho de que la mayoría de los estudios relacionados con representaciones se hayan realizado en Europa.

la impulsada por Moscovici y Denise Jodelet que se basa en los procesos sociales que componen las representaciones; otra es la de Jean Claude Abric, basada en la estructura; y la última liderada por Willem Doise, se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones. Si bien “no existe acuerdo entre los autores con relación a todos los aspectos conceptuales, definitorios y metodológicos de la teoría” (Ruiz, 2001, 1), lo anterior sí ha permitido enriquecer el escenario de desarrollo de la teoría de las representaciones.

De las tres tendencias existentes para el análisis de las representaciones sociales, el presente estudio profundizará en las dos primeras (procesos sociales y estructura), atendiendo a la recomendación presentada por Jodelet: “Debemos tener en cuenta de un lado el funcionamiento cognitivo y del aparato psíquico, del otro el funcionamiento del sistema social, de los grupos y de las interacciones en la medida en que ellas afectan la génesis, la estructura y la evolución de las representaciones” (Jodelet, 1989; citada por Banchs, 2000, 3.2). De manera seguida se presentarán los elementos y organización que apoyan el desarrollo metodológico y el análisis de las representaciones en cada una de las dos orientaciones señaladas.

Como se ha mencionado, en la primera corriente se destacan los aportes presentados por Denise Jodelet, quien ha brindado contribuciones significativas a la teoría de las representaciones. Jodelet considera que las representaciones sociales se pueden presentar como:

“imágenes que condensan un significado, sistemas de referencia que permiten la interpretación de lo que sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos, teorías que permiten establecer hechos sobre ellos, y cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de la vida social, las representaciones sociales son todo ello en conjunto” (1993, 473).

Ahora, en cuanto a la constitución de las representaciones en la primera corriente, Moscovici describe tres elementos: la actitud, la información y el campo de representación, a partir de los cuales las representaciones son analizadas. Estos elementos son definidos a continuación:

- Actitud: las personas pueden hacer juicios evaluativos favorables o desfavorables hacia un objeto (Worchel et al., 2002, citados por Quiroz, 2004, 24) o expresarse positiva

o negativamente frente a personas, grupos sociales o temas diversos de la vida diaria. A esto se refiere la actitud, que es “el elemento más primitivo y más resistente de las representaciones...” (Bernal et al., 1994). La actitud se encuentra presente siempre, aunque los otros elementos de las representaciones (información y campo de representación) estén presentes de forma parcial. Por ejemplo, puede existir una actitud positiva o negativa hacia la discapacidad aunque no se tenga mayor información acerca del tema.

- **Información:** se refiere a la calidad y cantidad de conocimientos sobre un objeto social y su organización, los cuales dependen de factores como el nivel educativo. La información tiene una importante influencia en los discursos que manejan las personas, ya que comprende explicaciones que soportan la estructura de la representación.
- **Campo de representación:** manifiesta la idea o contenido de una representación y su organización. El campo de representación implica una jerarquía entre sus elementos. En este se traen a colación los aspectos figurativos de la representación, que corresponden a una “imagen” o un esquema orientador. Por otro lado, posee aspectos centrales que se constituyen en el núcleo de representación y otros periféricos que varían de sujeto a sujeto o varían dentro de un mismo grupo.

Las representaciones cuentan con un proceso de formación a través del cual se responden dos cuestiones centrales: ¿De qué forma lo social transforma un conocimiento en representación? y ¿de qué forma esta representación transforma lo social? Moscovici responde a estas preguntas proponiendo dos procesos *Objetivación* y *Anclaje* (Moscovici, citado por Jodelet, 1993):

La **objetivación** consiste en la intervención de lo social en la representación, permitiendo que un conocimiento abstracto se torne concreto y posibilite el paso de la teoría a la imagen. Esto hace que los conocimientos relacionados con un objeto social lleguen a un nivel manejable para el pensamiento de las personas y sean separados del contexto particular. Como ejemplo de objetivación, Ruiz explica: “la política se concretiza en el parlamento, la justicia en el Tribunal Internacional de la Haya, la religión o Dios en el Papa[...].” (2000, 8). Así entonces se habla con propiedad de cualquier tema aunque no se

tenga un alto nivel educativo ni relación directa con este, seleccionando la información que la persona considere más relevante.

La objetivación se compone a su vez de tres fases que se complementan entre sí: a) *Construcción selectiva*: es la elección de la información que circula sobre el objeto de representación. La persona escoge la información que le llama la atención a partir de los intereses personales y “en función de criterios culturales y sobretodo de criterios normativos” (Viveros, 1993, 242), b) *Formación del núcleo o esquema figurativo*: es la construcción gráfica de la información seleccionada; retiene lo esencial del aspecto en proceso de objetivación y se refiere al núcleo de la representación en el cual se sintetiza la estructura conceptual, c) *Naturalización*: la construcción gráfica que se establece en el núcleo o esquema figurativo pasa a ser un elemento de la realidad y comienza a ser manejada de forma cotidiana y común en el grupo social.

El segundo proceso en el cual Moscovici describe la forma en que la representación actúa sobre el plano social es el **anclaje** y que es complemento de la **objetivación**. El proceso de anclaje según Viveros se refiere “al enraizamiento social de la representación y de su objeto; en este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le son atribuidos” (1993, 243). En esta etapa, la representación se integra al pensamiento grupal ya existente y da inicio a la orientación de la conducta, dándole sentido y explicación. Su articulación se alcanza a partir de dos funciones:

- *Función cognoscitiva integradora de la novedad*. Se refiere a la valoración del conocimiento adquirido en función de los significados sociales existentes. Esta valoración puede provocar un rechazo o simpatía hacia el objeto de representación a partir de las creencias del grupo. En el caso de la discapacidad se presume que existe por parte de los individuos sentimientos diversos que varían desde la admiración y la aceptación hasta el rechazo, dependiendo de la apreciación hacia el tema.

- *Función de instrumentalización del saber*. En este punto la representación se transforma en un lenguaje común compartido por los miembros de un grupo. Integra la nueva información con las representaciones preexistentes y, de esta forma, la nueva representación orienta las conductas y relaciones sociales.

La segunda corriente a considerar en este aparte es la de Abric y su grupo de investigación. Para ellos la representación social “es un conjunto organizado y jerarquizado de juicios, actitudes e informaciones que un grupo social dado elabora a propósito de un objeto social” (Ruiz, 2001, 2). Las representaciones son interiorizadas por los miembros del grupo social a partir de la asimilación de la realidad, para posteriormente ser compartidas por el colectivo.

Adicionalmente, para este grupo la representación está constituida por un conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes hacia un objeto. Basándose en la idea del núcleo o esquema figurativo de Moscovici, Abric considera que los elementos de la representación son jerarquizados así como toda representación se organiza alrededor de un núcleo central, constituido por uno o varios elementos que le dan sentido (2001). Según esta hipótesis relacionada con la organización interna de la representación, existen dos componentes fundamentales: un nodo central y un sistema periférico. El primero comprende los argumentos primordiales que le dan sentido a la representación, está determinado por la historia del grupo en su totalidad, es estable, coherente, resistente a los cambios y asegura la continuidad de las representaciones, su estabilidad y la del grupo.

Al encontrarse establecido el núcleo central, se encuentra que existen elementos que también conforman la representación, pero que no cuentan con la misma fortaleza en su estructura principal; son los elementos periféricos. Su organización se presenta alrededor del núcleo central y pueden tener mayor o menor cercanía con éste. Estos permiten exteriorizar la representación en términos concretos, comprensibles y transmisibles de inmediato; permiten la integración de nuevos contenidos relacionados con la representación que encuentren en el contexto; y cumplen con una función de defensa de los elementos del núcleo central.

El sistema periférico está determinado por la historia y las experiencias individuales de cada persona, es flexible y evolutivo y permite la variación de las representaciones y de los comportamientos particulares de los individuos. Su aporte al sistema central permite establecer conductas y tomar posturas individuales (Abric, 2001). Dicho de otra forma,

dos grupos pueden tener la misma representación de un objeto por su núcleo central, pero diferentes esquemas periféricos por razones de circunstancias y prácticas individuales.

Los interesados en el tema de las representaciones se han dedicado a la tarea de continuar explorando diferentes “problemas y cuestiones sociales: enfermedad mental, SIDA, marginación, delincuencia, práctica profesional, exclusión social, justicia y ley” (Ruiz, 2001, 4). Los estudios se han enfocado hacia nociones de las representaciones en temas como la salud, la enfermedad y la cultura; el papel de grupos sociales; la práctica profesional y las teorías científicas. De otro lado, el estudio de las representaciones involucra cada vez más otras disciplinas diferentes a la psicología social, la antropología, la sociología y la historia, para hacer aportes de la realidad social desde disciplinas como la ciencia política, las ciencias de la educación, de la salud y el medio ambiente (Jodelet, 2000).

Se puede decir en cuanto a la orientación metodológica de las dos corrientes citadas, que la primera (pensamiento social) se basa en métodos de recolección y análisis cualitativos. De forma contraria, la segunda corriente (la estructural) se basa especialmente en métodos y análisis cuantitativos. Como ya se dijo anteriormente, para efectos del presente estudio se utilizarán elementos metodológicos de las dos orientaciones, lo cual será explicado con mayor detalle en el aparte metodológico. No obstante, el análisis de la información se centra en la orientación de Moscovici. Esto se hace teniendo en cuenta que el estudio busca comprender desde una mirada social las creencias existentes alrededor de la discapacidad y bajo esa misma orientación comprender la influencia de diversos aspectos contenidos en las prácticas sociales que marcan las representaciones.

A continuación se presentará un panorama general sobre los hallazgos en el pensamiento de la sociedad occidental hacia las personas con discapacidad.

2.3 PERCEPCIONES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Teniendo como referentes las características y los elementos que comprenden las representaciones sociales, en el siguiente aparte se presentarán algunos aspectos que permiten identificar las percepciones y creencias existentes en la sociedad occidental hacia las personas con discapacidad.

Las creencias y los valores como productos culturales pueden variar dentro de una misma cultura y de una cultura a otra y llevan frecuentemente a adoptar actitudes determinadas (Frieden, 1996). Las manifestaciones sociales hacia ciertos grupos o individuos, como en el caso de las personas con discapacidad, expresan una orientación positiva o negativa que se basa, a su vez, en creencias socialmente compartidas.

Al hablar de los sistemas de creencia³¹ relacionados con la discapacidad, es importante recordar la coexistencia de creencias antiguas, modernas y contemporáneas, que contienen elementos de aislamiento, caridad o se basan en modelos de protección o asistencialismo (Puig, 1987), (Barnes et. al, 1999). Esta simultaneidad de ideas complejiza la comprensión de la discapacidad, ya que ofrece conjuntos de información que aportan múltiples y variadas explicaciones. A lo anterior, se suman las tendencias más recientes de empoderamiento por medio de la creación de grupos y movimientos sociales, así como la participación en la generación de propuestas encaminadas a lograr el bienestar de las personas con discapacidad, resaltando los enfoques basados en los derechos humanos y en nociones de igualdad, justicia y participación (Dirigirse a los referentes página 17).

Existe una fuerte relación de los sistemas de creencia con otros aspectos que hacen parte de la organización social como son el tipo de economía, la estructura social y política y la posición de un grupo con relación a otros. De igual forma, los cánones estéticos y la naturaleza de las organizaciones, entre otros factores, contribuyen a la

³¹ Cuando se habla de sistemas de creencias -como categoría de la cultura-, se hace alusión a formas de comportamiento que dan significado a la existencia. La normatividad que maneja un grupo social le permite al individuo reconocer cómo será juzgado a partir del comportamiento que presente frente a una situación determinada; por ejemplo, las consideraciones religiosas o mágicas son tipos de prescripciones para la conducta en cuanto establecen unas pautas de comportamiento que pueden ser entendidas como correctas o incorrectas.

explicación y conocimiento de una sociedad, lo cual influye en la percepción del medio social. Como lo expresa Albrecht “la discapacidad se encuentra en todas las sociedades, culturas, lugares, niveles de desarrollo económico y sistemas políticos” (1992, 34).

La socialización de la información en torno a la discapacidad es fundamental para la transmisión de actitudes, valores y creencias hacia el tema. En este sentido, Charlton (2000, 97) define tres esferas socioculturales presentes en la sociedad occidental. En primer lugar se encuentra la esfera **Cuerpo / Imagen**: Este aspecto se basa en la comprensión de la discapacidad como una condición médica a través de la cual la persona es considerada como enferma, identificándola por su cuerpo y apariencia. El aspecto físico muy relevante en la sociedad occidental, señala a la imagen de la persona bajo la noción de cuerpo defectuoso, además, se asume que la discapacidad implica asexualidad.

La segunda esfera es la **Religión**. La religión y la espiritualidad interactúan con la discapacidad de dos formas principales. En primer lugar, en algunas religiones se asocia el origen de la discapacidad al pecado, brujería, magia o en general a consecuencias de actos negativos realizados por las personas. En segundo lugar, se cree que los diferentes tipos de discapacidad son causados por “fallar en el cumplimiento de una tradición, de una responsabilidad o al desobedecer a un ancestro” (Mallory, 1992, 14; citado por Charlton, 64). La última esfera corresponde al **Lenguaje**. En los grupos humanos la experiencia comunicativa revela las actitudes y creencias hacia diversos aspectos de la vida social. Esto se debe a que el lenguaje es un medio de transmisión de pensamientos. Ciertas palabras utilizadas hacia las personas con discapacidad como “inválido”, “retrasado” o “mongólico”, entre muchas otras, contienen un impacto ideológico y por lo tanto social y cultural que perpetúan visiones negativas.

Otros teóricos de la discapacidad como Mitchell y Snyder (2001) Turner (2001), Barnes et al. (1999) y Oliver (1990), han profundizado también en el análisis de los tres elementos de las esferas socioculturales. La representación negativa de las personas con discapacidad y especialmente de su cuerpo, se ha percibido de forma negativa en manifestaciones literarias, en el cine y en general, en expresiones de las áreas de humanidades y en los medios de comunicación. El análisis visual discursivo de la

literatura el arte y el cine de acuerdo a Mitchell y Snyder, sigue encontrando patrones estandarizados de caracterización de sus protagonistas con discapacidad. No obstante, es importante tener en cuenta que los escritores, pintores, historiadores, directores de cine, y las personas encargadas de la realización de programas en los distintos medios de comunicación, están sujetos a las creencias de cada momento histórico y expresan los prejuicios y las representaciones que han asimilado de su entorno.

Por otra parte, autores como Turner (2001) y Brigeiro (2004), comparan la experiencia de las personas enfermas y la experiencia del envejecimiento -quienes están expuestas a la fragilidad biológica y vulnerabilidad social-, con la experiencia de la discapacidad. Estos grupos tienden a experimentar problemas de marginalidad y aislamiento. Para Turner, “el envejecimiento de la población de la sociedad occidental, el crecimiento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, y la globalización de los riesgos en salud son aspectos demográficos y sociológicos importantes al pensar la *visión universal de la discapacidad* que plantea Zola (1989)” (2001, 264). De acuerdo a esto, cualquier persona es susceptible de experimentar una situación de discapacidad en algún momento de su vida, máxime si se tienen en cuenta los aspectos demográficos y epidemiológicos mencionados.

En cuanto a la esfera religiosa, Oliver (1990, 15-20) cita estudios antropológicos relacionados con la discapacidad y desarrollados en diversas comunidades (Farber, Edgerton, Gwaltney's, Farb, y Groce). Los hallazgos indican que “la forma en que se percibe la discapacidad, depende del contenido de las creencias mágicas o religiosas de una sociedad dada”. En algunos casos, los antropólogos encontraron que la discapacidad era comprendida como una condición normal y para asegurar la participación activa de estas personas, los grupos habían elaborado una serie de mecanismos sociales informales, permitiendo la completa integración de las personas con discapacidad dentro del grupo. En otros casos, se observó el rechazo hacia la población con discapacidad, basado espacialmente en las concepciones religiosas de cada cultura.

Adicional a los análisis relacionados con las esferas socioculturales, se precisan a continuación otros aspectos importantes de las percepciones más comunes de la cultura occidental hacia las personas con discapacidad:

- Existen diferencias en las percepciones presentadas hacia los diferentes tipos de discapacidad. A partir de esto, Charlton habla de una *jerarquía de la discapacidad*, lo que significa que algunos tipos de discapacidad reciben un mejor trato con respecto a otros o se ven privilegiados por una mejor percepción hacia ellos. Por ejemplo, como lo cita Priestley (1999), la discapacidad mental es percibida con mayor rechazo que la discapacidad auditiva y ésta a su vez es más rechazada que la discapacidad física y visual, de las cuales normalmente se tiene la mejor percepción. En el caso de los grupos de personas con discapacidad física y visual, ellos cuentan con mayor organización y por ende, más servicios a su favor lo cual viabiliza su integración.

- Las actitudes hostiles que reciben las personas con discapacidad, se originan en los prejuicios. Para Shakespeare “el prejuicio interpersonal está implícito en las representaciones culturales, en el lenguaje y en la socialización” (1994, 296). Este a su vez estimula reacciones negativas en estas personas favoreciendo su segregación. En consecuencia, se aumentan las distancias sociales y se produce mayor discriminación, marginación o incluso abandono de las familias y de la sociedad en general. Asimismo, su autoconcepto se puede ver deteriorado. Lo anterior probablemente hace que las mismas personas con discapacidad se consideren menos capaces, lo cual produce sentimientos y manifestaciones que no les permiten conocer sus necesidades y capacidades, ni las opciones que tienen en la sociedad.

- Es frecuente que por estas actitudes, las personas con discapacidad y sus familias experimenten diferentes obstáculos que terminan alejándolos de la integración social a su entorno. Las cargas afectivas y económicas a las que se ven abocados superan en ocasiones los recursos personales y materiales con los que realmente cuentan.

- Un aspecto que no es frecuentemente comentado es la influencia directa de los profesionales en la misma población con discapacidad, sus familias y su medio inmediato. “Los diferentes profesionales que tienen que ver con la discapacidad como médicos, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales, han influido en la generación de definiciones hacia la discapacidad” (Nagler, 1993, 4). Quintana y colaboradores consideran que estos profesionales han contribuido de

“manera reduccionista al enfrentar la discapacidad, debido a que los modelos teóricos aplicados en la formación han privilegiado la explicación de la discapacidad como déficit biológico, psicológico o social” (1997, 5). En muchas intervenciones se considera a la persona con discapacidad como un sujeto con manifestaciones que indican “alteración” y se sitúan las limitaciones en la persona y en su familia.

- Las personas con discapacidad constituyen uno de los grupos más excluidos³² socialmente y con condiciones de vida más difíciles. Muchas veces no son reconocidas siquiera como un grupo minoritario³³. Para Zola las “personas con discapacidad no están preparadas como otros grupos minoritarios que se han reconocido como una subcultura” (1993, 15).

Los anteriores planteamientos contribuyen a reproducir automáticamente el círculo vicioso propuesto por Rodríguez (1997):



Las ideas negativas cargadas de prejuicios, desigualdad de oportunidades y discriminación son alimentadas socialmente, lo que a su vez se convierte en un círculo de exclusión cuando la persona con discapacidad intenta reivindicar su condición de ciudadano.

Tal y como lo afirma Charlton: “se sabe que las actitudes presentadas hacia la discapacidad son casi universalmente peyorativas [y] se considera que las personas con discapacidad son objeto de lástima y que la discapacidad por sí misma es anormal” (Charlton, 2000, 25). No obstante, es de aclarar la transformación que se ha venido dando en los últimos veinte años en la forma de percibir las personas con discapacidad especialmente en países desarrollados. Este es el caso de los Estados Unidos donde una

³² Para Betancourt (2004, 232), la exclusión social puede explicarse desde tres vertientes: (a) El problema del acceso a bienes, servicios y procesos de elección colectiva, (b) La conculcación de los derechos de ciudadanía y (c) La marginación y la segregación de cualquier tipo.

³³ Las minorías son aquellos colectivos que ocupan una posición de inferioridad ya sea por una relación social de poder, como por una comparación social con otro grupo [...] no tiene reconocido un poder, prestigio o peso en las decisiones (Morales y Olza, 1996, 449).

mayor cantidad de la población está presentando algún tipo de discapacidad (Nagler, 1993), lo cual estimula un pensamiento más positivo hacia esta población.

Para Barnes y Mercer "con la reciente politización de las personas con discapacidad, se ha dado un estímulo a la formación de la cultura de la discapacidad" (2001, 531). Según ellos su meta ha sido liberarse de la individualización, la medicalización, la exclusión social, los parámetros de normalidad, y de los estereotipos negativos de las personas con discapacidad, así como de su falta de agencia. La nueva cultura política de la diferencia busca resistirse al dominio de la representación dominante de la discapacidad y establecer una nueva identidad o identidades de la discapacidad.

Reguera propone como *motor* del cambio la toma de conciencia al valorar la diferencia entre los individuos, lo que facilita la creación de procesos sociales y económicos (1997). De manera adicional, dicha evolución ha tenido como base los movimientos sociales a favor de la discapacidad y la inserción de otros campos del conocimiento en la comprensión del tema de la discapacidad. De esta forma, la discapacidad se va desprendiendo poco a poco de discursos provenientes del área de la salud y se abre a perspectivas de mayor avanzada.

Aunque no se conoce con total certeza el impacto de esta transformación en países como Colombia y de manera especial en esferas decisorias de políticas en discapacidad, entre los profesionales que se relacionan con la discapacidad y entre las mismas personas con discapacidad, se espera que integren a su comprensión de la discapacidad aspectos sociales que permitan nuevas orientaciones. De otro lado, se han llevado a cabo estudios actitudinales y de representaciones sociales que pueden ser base para la orientación de percepciones más positivas hacia las personas con discapacidad generadas desde la academia³⁴.

³⁴ Algunos de estos son:

ROJAS, Eugenia. Actitudes de los estudiantes de Terapia Física de la Universidad Nacional de Colombia frente a las personas con discapacidad. Trabajo de grado para optar al título de Fisioterapeuta. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Bogotá, 1998.

RODRÍGUEZ, Francly. Actitudes de los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia frente a las personas con discapacidad. Trabajo de grado para optar al título de Terapeuta Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Bogotá, 1997.

GRANADOS, Nohora. Actitudes de los estudiantes de Enfermería, Medicina y Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia frente a personas con discapacidades físicas. Trabajo de grado para optar al título de Fisioterapeuta. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Bogotá, 1999.

En general, se evidencia que la comprensión de los asuntos relacionados con la discapacidad se está enfrentando al desarrollo de nuevos desafíos. Es necesario que en Colombia se detecten las diversas percepciones existentes hacia la discapacidad en sus diversos grupos culturales, para desde ahí, generar estrategias que promuevan nuevas orientaciones contando con la participación activa de la población y de los diferentes sectores de la sociedad colombiana.

BECERRA, Diana y PACHON Edith. Las representaciones sociales sobre la discapacidad en el contexto al derecho a la integración escolar. Trabajo de grado para optar al título de Fonoaudiólogas. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Bogotá, 2003.

CAMACHO, Andrea. Representaciones sociales sobre los escolares en situación de discapacidad del Centro Educativo Distrital "Miguel de Cervantes Saavedra" de la ciudad de Bogotá. Tesis de grado para optar al título de Magíster en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Bogotá, 2005.

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo exploratorio y descriptivo³⁵, en tanto permite obtener información sobre las representaciones sociales de la discapacidad en la población de los Consejos Locales de Discapacidad de la ciudad de Bogotá, información con la que no se cuenta hasta el momento, así como “interpreta el significado e importancia de lo descrito” (Pardo, 1997, 119), es decir, de la información recolectada.

Teniendo en cuenta la necesidad de explorar y analizar las representaciones sociales de la discapacidad que “como constructo complejo que envuelve ideas, valores, creencias, actitudes y explicaciones no pueden ser explicados por un solo método exige una aproximación multimetodológica” (Quiroz, 2004, 69) y considerando que el uso de un único paradigma en este estudio no permite acercarse con profundidad a las representaciones, el estudio combina técnicas de recolección y análisis de datos de los enfoques cualitativo y cuantitativo³⁶. De esta forma se ahonda en el pensamiento de los participantes. Es de aclarar que no se pretende el desarrollo de un estudio representativo que utilice una muestra de población amplia, sino privilegiar la especificidad y profundidad.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población seleccionada para el estudio son los consejos locales de discapacidad, que se encuentran constituidos en las veinte localidades del Distrito Capital. Los consejos se

³⁵ La investigación descriptiva “refiere e interpreta minuciosamente; ésta se relaciona con las condiciones existentes, prácticas que prevalecen, opiniones, puntos de vista o actitudes, procesos en marcha, efectos experimentados o tendencias que se desarrollan (Pardo 1997, 119).

³⁶ Es frecuente que dentro de la investigación se consideren como polos opuestos las aproximaciones cuantitativas versus las cualitativas. Sin embargo, diversos autores aclaran la complementariedad que existe entre los dos paradigmas. Pardo refiere que “las ramas de la investigación social cuantitativa y cualitativa, no se pueden considerar antagónicas sino integradas con el fenómeno social que se estudie” (1997, 109). A esto se añade la posición de Cook & Reichardt (1995) para quienes “los métodos no se hallan ligados lógicamente a ninguno de los atributos de los paradigmas”. Es decir, el valerse de técnicas bien sean cualitativas o cuantitativas no implica una inscripción a los paradigmas mencionados.

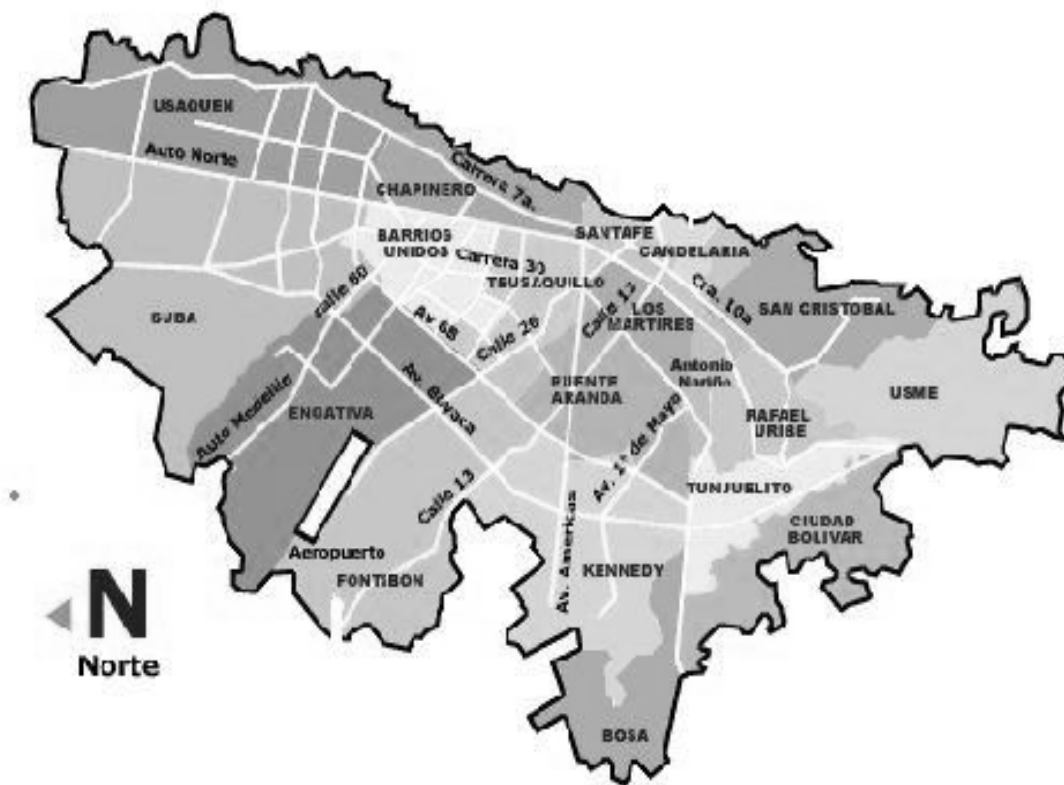
fueron conformando a partir del Acuerdo 002 de 1999 emitido por el Consejo Distrital de Discapacidad, con experiencias variadas dependiendo de la respuesta generada por las autoridades locales, los representantes institucionales y por la comunidad en cada localidad (su finalidad se encuentra descrita en la página 40).

A partir del proceso de fortalecimiento de los consejos locales iniciado por el convenio entre el Hospital Vista Hermosa y la Secretaría de Salud del Distrito en el año 2001³⁷, surgió un diagnóstico en el cual se visualizan los alcances de los consejos en cada localidad. De esta manera se han podido comparar las experiencias locales y las variaciones en los procesos internos de cada consejo, que se han presentado de forma heterogénea, dependiendo de la voluntad política y del nivel de motivación de las personas que lo integran (Ramírez, 2002).

El diagnóstico presentado se basa en los informes semestrales de los consejos presentados entre agosto de 2000 y enero de 2002 (Ramírez, 2002, 70). Este diagnóstico sirvió de base para la selección de la muestra, que será indicada más adelante. El reporte general de funcionamiento de los diferentes consejos es el siguiente (ver la figura 1 para ubicar las localidades en el Distrito Capital):

- Kennedy, Bosa, Usaquén, Fontibón y Ciudad Bolívar aparecen en el reporte como los consejos más consolidados con una elevada asistencia de sus miembros, aunque con una alta rotación de los participantes. Fontibón es el consejo que se destaca por una asistencia más constante de los diferentes representantes.
- La Candelaria, Engativá, Suba, Teusaquillo, Mártires, Chapinero, Santa Fe y San Cristóbal, son los consejos ya legalizados, con una actividad menor.
- Puente Aranda, Rafael Uribe, Sumapaz, Barrios Unidos, Antonio Nariño y Tunjuelito son los consejos en proceso de legalización.
- Según el informe, el único consejo no conformado es el de la localidad de Usme.

Figura 1. División Administrativa de Bogotá



Fuente: www.saludcapital.gov.co.

Contando con los datos del diagnóstico, se visitaron las experiencias de los consejos locales de Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy, Usaquén, Fontibón, Engativá y La Candelaria, con el fin de hacer una selección por conveniencia³⁸ de la muestra entre los grupos de los consejos más consolidados y los legalizados con menor actividad. Con base en lo anterior se seleccionaron dos experiencias que cumplieran con los siguientes criterios:

- Consejos ya legalizados.

³⁷ Proyecto Fortalecimiento de los Consejos Locales. Convenio Interadministrativo 699/00.

³⁸ La selección por conveniencia de la muestra y no al azar se puede entender como un sesgo del investigador (Pardo, 1997). No obstante, se recuerda que el presente estudio es de carácter exploratorio y no pretende llevar a cabo generalizaciones de las representaciones, sino un análisis más profundo de estas.

- Número de participantes mayor de seis y menor de diez (para efectos de la realización de los grupos focales, una de las técnicas de recolección de información seleccionadas).
- Baja rotación de los participantes.
- Participación activa de la administración local, de los representantes de las instituciones distritales en las localidades y de al menos uno de los representantes de las personas con discapacidad, verificada por la secretaría técnica del consejo.

Los consejos que cumplieron con las características mencionadas a partir de los hallazgos del proceso de fortalecimiento y de las visitas realizadas, fueron los de la Localidad de Fontibón y la Localidad de la Candelaria, conformados por ocho y siete participantes, respectivamente. La totalidad de los participantes corresponde entonces a un total de quince personas. Posterior a la selección, a cada consejo se le explicó la intención del estudio de manera muy global, con el fin de no inducir en ellos comportamientos o respuestas deseados, así como se les indicó la metodología a seguir. Los dos grupos mencionados estuvieron de acuerdo con su participación en el estudio. A continuación se describen las características generales de las localidades, tomadas de los Diagnósticos locales con participación social de la Secretaría Distrital de Salud, año 2000:

- **Localidad de La Candelaria**

Se extiende desde la Calle 4ª hasta la Avenida Jiménez y el paseo Bolívar y desde la carrera 4ª Este hasta la carrera décima y limita por todos sus puntos cardinales con la localidad de Santa Fe. Su condición particular se da por ser el centro histórico y cultural de la ciudad y sede de la administración pública distrital y nacional. La población total de la localidad según el Censo de 1993, es de 21.529 habitantes. El grupo de edad con mayor representatividad (54.4%) es el rango de edad menor a 29 años, tendencia que en general se mantiene en las proyecciones elaboradas para los años 1997 y 2000. Por otro lado, tan solo el 15.7% de la población que habita en ella es mayor de 50 años, por lo cual la localidad puede caracterizarse como joven, desde el punto de vista de su composición poblacional.

De la población existente en la localidad, el 96% se encuentra económicamente activa ocupada y un 4% se halla desocupada. En la población existe una proporción importante que se encuentra vinculada a la economía informal sin ningún tipo de vinculación laboral ni garantías sociales. Según la encuesta de pobreza realizada en 1991, la localidad cuenta con 7.389 hogares, de los cuales el 82% tiene necesidades básicas satisfechas y el 18% necesidades básicas insatisfechas; por línea de pobreza, el 15% se encuentra en condiciones de pobreza, el 3% en condiciones de miseria y un 6% en indigencia. Del total de hogares con necesidades básicas insatisfechas, el mayor problema radica en el hacinamiento crítico. Las zonas verdes son escasas en la localidad, por lo que los espacios recreativos por habitantes son reducidos.

El número de personas con discapacidad en la localidad para el año 1997 era de 504 (ver cuadro 3). En la Localidad el Consejo Local de Discapacidad fue conformado en el mes de agosto de 2000.

Cuadro 4. Población discapacitada en La Candelaria y en el Distrito, según censo DANE 1993

	Población		Tipo de Discapacidad					
	No Discapacitada	Discapacitada	Ceguera	Sordera	Mudez	Retraso Mental	Parálisis Superior	Parálisis Inferior
La Candelaria	21.529	504	193	133	12	81	61	66
Total Distrito	4'843.072	63.136	24.048	17.219	2.974	10.934	7.381	8.279

Fuente: DANE, XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda. Población no ajustada, citado por Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

- Localidad de Fontibón

La Localidad Novena de Fontibón se encuentra localizada en el área noroccidental de Bogotá. Al norte limita con la localidad de Engativá, al sur con la localidad de Kennedy, desde la intersección de la Avenida 68 o el Espectador con la calle 13, siguiendo la línea por el río Fucha hasta la intersección con el río Bogotá. Al oriente limita con las

Localidades de Puente Aranda y Teusaquillo, y al occidente con toda la ribera del río Bogotá y con los municipios de Mosquera y Funza.

El índice de población con las necesidades básicas insatisfechas es de 20.4%, (1991) y el hacinamiento tiene un valor significativo de 15.6%. De otra parte, la población considerada en situación de miseria absoluta, representaba para 1993 cerca del 11% de la población con necesidades básicas insatisfechas, dentro del cual es significativa la participación de la población joven menor de 24 años. Los indicadores de NBI que presenta la localidad de Fontibón están por debajo de los calculados para el Distrito; de ellos, el hacinamiento crítico. La población total de la localidad para el año 1993 era de 184.455 habitantes. La población con algún tipo de discapacidad corresponde para ese mismo año a un número de 2.054 habitantes (ver cuadro 4).

Cuadro 5. Población discapacitada en Fontibón y en el Distrito, según censo DANE 1993

	Población		Tipo de Discapacidad					
	No Discapacitada	Discapacitada	Ceguera	Sordera	Mudez	Retraso Mental	Parálisis Superior	Parálisis Inferior
Fontibón	184.455	2.054	691	597	113	394	245	274
Total Distrito	4'843.072	63.136	24.048	17.219	2.974	10.934	7.381	8.279

Fuente: DANE, XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda. Población no ajustada, citado por Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Diagnósticos locales con participación social. 2000.

3.3 INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de una representación social se necesita que sean conocidos: su contenido y su estructura central³⁹. Ya que ninguna técnica en los momentos actuales, permite recoger conjuntamente estos elementos de acuerdo a Abric (2001) y Quiroz (2004), se debe tener en cuenta una aproximación pluri-metodológica. Por esto, el estudio aborda diferentes

³⁹ Es de recordar que Abric señala dos elementos básicos en la estructura de la representación: los elementos centrales y los periféricos. Por ser este un estudio de exploración y con una pequeña población, se realizará una aproximación únicamente a los elementos centrales de la representación, más no los periféricos.

métodos articulados en dos etapas, con el fin de establecer el contenido de la representación social y la centralidad de este. Es importante recordar que tanto el contenido, como la centralidad de las representaciones, se revisarán en las tres categorías seleccionadas previamente por la investigadora definidas en la página 9: concepción, integración y trato.

El estudio consta de dos fases:

Fase I. Recolección del contenido de la representación. Aplicación de un formato autodilucidado, que contiene las siguientes técnicas:

1. Asociaciones libres. A partir de una palabra inductora, que para este estudio corresponde a la palabra “discapacidad”, la persona escribe los términos que le vienen a la mente. Esta técnica permite establecer la centralidad de los elementos de la representación (Abric, 2001). Para facilitar su aplicación, se incluyó en el cuestionario, que corresponde a la técnica número dos.

2. Cuestionario. Es la técnica más utilizada en el estudio de las representaciones sociales y permite el estudio de aspectos tanto cualitativos como cuantitativos. Incluye un segmento de información general con los datos de los participantes, y un segmento de información específica que corresponde a la recolección de información relacionada con las representaciones sociales de la discapacidad. Debido a que una de las limitaciones en la utilización del cuestionario es la expresión restringida de los individuos (Pardo, 1997), se incluyeron preguntas abiertas y cerradas. Adicionalmente, para el uso de esta técnica se tuvo en cuenta el cumplimiento de los siguientes requisitos: (a) formulación clara de las preguntas, (b) correspondencia entre el mundo de referencia de las preguntas y el mundo de referencia del encuestado y (c) confianza en el momento de la administración del cuestionario. El cuestionario se presenta de forma completa en el Anexo B. La ubicación de las categorías en este se da de la siguiente forma:

- Categoría concepción: Preguntas 1 a 6.
- Categoría integración: Preguntas 7 a 12.
- Categoría trato: Preguntas 13 a 18.

3. Producción gráfica y asignación de título a esta producción. El dibujo permite poner en evidencia elementos constitutivos de las representaciones y acceder a la significación central de la representación (Abric, 2001). En este caso, se consideró el título mas no los elementos del dibujo.

Para lograr la validez de contenido del instrumento, este pasó por un proceso de validación de expertos. Inicialmente se seleccionaron tres expertos, dos en discapacidad y uno en representaciones sociales, quienes diligenciaron un formato de validez (Anexo C). Tras la calificación de la relación de cada ítem con la categoría (puntuada por los expertos como Total=1, Parcial=0.5 y Ninguna=0) se obtuvo una calificación de 88%, por lo cual se garantizó la fiabilidad del instrumento. Posteriormente, se llevó a cabo un pilotaje del instrumento con seis miembros del consejo local de la Localidad de Engativá, quienes diligenciaron el formato sin ninguna dificultad y con completa comprensión e interés hacia el mismo.⁴⁰

Fase II. Confirmación y profundización del contenido de la representación. Para esta fase se empleó la técnica de grupos focales teniendo en cuenta las mismas categorías de la primera fase. El grupo focal es una técnica utilizada "para obtener información cualitativa de grupos poblacionales seleccionados con el fin de utilizar sus resultados en el mejoramiento de programas (Burbano y Becerra, 1995, 5). Se basa en discusiones y permite comprender de una forma más integral actitudes, creencias, prácticas y valores frente a aspectos seleccionados como de importancia por el investigador. El número de participantes es seleccionado de una manera no aleatoria, y no es representativo de la población objeto.⁴¹ A partir de los resultados de la primera fase, se diseñó la guía de entrevista del grupo focal a aplicar en cada uno de los consejos participantes (Anexo D). Con cada grupo se realizó un grupo focal de dos horas completamente audiógrabado y videógrabado.

⁴⁰ Sólo una de las personas que colaboraron en el pilotaje cuestionó el uso del término discapacidad, ya que para ella "ninguna persona tiene discapacidad". Sin embargo, diligenció el formato completamente.

Para el análisis de la información en las dos fases se procede de la siguiente forma:

Fase I. Recolección del contenido de la representación.

Cada una de las respuestas del cuestionario (asociaciones libres y preguntas cerradas y abiertas), es analizada utilizando subcategorías que surgen y se definen a medida que se examinan los datos y estas a su vez se definen de acuerdo a la revisión teórica y conceptual del objeto de estudio. Esta técnica se conoce como análisis por categorización. La categorización⁴² consiste en clasificar conceptualmente unidades de análisis o de registro que son los elementos básicos o datos que serán categorizados. De acuerdo con diferentes autores (Krippendorff, 1990; Pérez Serrano, 1984 y 1994; Bardin, 1986; Clemente y Santalla, 1991, citados por Almenara y Loscertales, 2002, 5) la unidad de registro más pequeña que se debe codificar es la palabra, el tema, o el documento.

Fase II. Confirmación y profundización del contenido de la representación por medio del análisis por categorización.

Para esta fase la información tratada fue el corpus resultante de la transcripción textual de los grupos focales. Se seleccionaron los párrafos más significativos para ubicarlos en las categorías planteadas a priori para el estudio: concepción, integración y trato, de acuerdo a su definición operativa y la pertinencia del contenido para ubicarlo, teniendo en cuenta que los elementos seleccionados “deben ser relevantes en relación a los objetivos del estudio y adecuados al grupo contenido analizado” (Revuelta y Sánchez, 2002).⁴³ A esto, se agregan los títulos que resultaron de la producción gráfica de los participantes.

⁴¹ Para Burbano y Becerra (1995) esta aseveración no es una preocupación predominante entre los teóricos de la metodología, aunque para muchos se puede ver afectada la validez externa de los grupos focales.

⁴² Es una técnica utilizada en el análisis de contenido, que analiza la comunicación humana, decodificando los mensajes manifiestos en diferentes documentos. Asume como principio, que los documentos reflejan las actitudes y creencias de las personas e instituciones que los producen, así como de los receptores de éstos. Y obtención de inferencias acerca de la realidad social (Martínez, 1996).

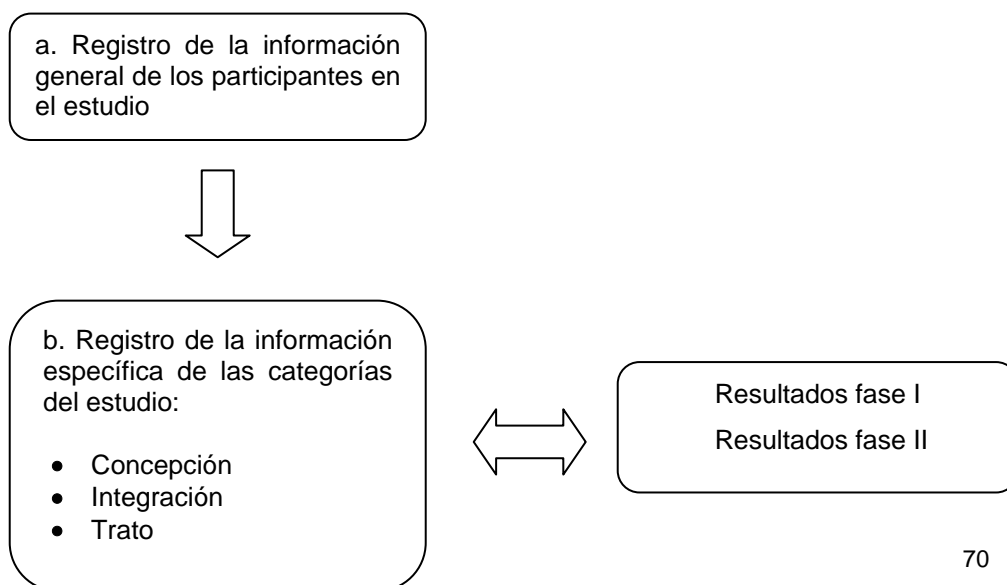
⁴³ El procedimiento interpretativo tanto de las preguntas abiertas como del análisis de contenido, comprende: la transcripción de los contenidos de la información, la reducción de los datos en unidades temáticas, la clasificación en categorías o subcategorías con un término o expresión el contenido de cada unidad temática y la agrupación de las categorías o subcategorías resultantes (Martínez, 1996).

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos en el estudio *Representaciones sociales de la discapacidad en los consejos locales de discapacidad*, contando con el siguiente orden: a) registro de la información general de los participantes en el estudio, b) registro de la información específica que se refiere a los resultados obtenidos en la *Fase I* recolección del contenido de la representación y en la *Fase II* confirmación y profundización del contenido de la representación. La presentación se hace teniendo en cuenta las tres categorías del estudio: concepción, integración y trato (ver gráfico 2).

Es pertinente aclarar que de acuerdo al tamaño de la muestra seleccionada, 15 personas, no se pretende la generalización de los resultados, así como se recuerda que no se trata de una muestra representativa de la población de los consejos locales, por lo tanto, los datos se entenderán como *tendencias* de las representaciones sociales de los participantes.

Gráfico 2. Presentación de los resultados del estudio



4.1 INFORMACIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES

La información general de los participantes cuenta en primer lugar, con información básica como edad, género, escolaridad, procedencia, actividad laboral, tipo de vinculación al consejo local y presencia de discapacidad. En segundo lugar, se presenta información relacionada con el contacto pasado y presente de los miembros del consejo con personas con discapacidad, especificando el tipo de discapacidad.

De acuerdo a la información suministrada, el grupo de participantes se caracteriza por tener un rango de edad amplio entre menos de treinta años hasta 60 años; todos son de procedencia urbana. La mayoría de participantes, diez de quince, son mujeres. El nivel de escolaridad que predomina es la formación profesional y posgraduada, con el que cuentan trece personas; las dos personas restantes tienen nivel secundario de escolaridad. Asimismo, trece personas son funcionarias del distrito y dos se dedican a actividades relacionadas con la gerencia social. Es importante anotar que el nivel educativo de los representantes de personas con discapacidad es de secundaria, dato que supera los bajos niveles educativos que suelen encontrarse entre esta población. Finalmente, sola una persona presenta algún tipo de discapacidad (ver Cuadro 6).

Cuadro 6. Información general de los participantes

Rango de edad	Participantes
30 años o menos	5
De 31 a 40 años	4
De 41 a 50 años	3
De 51 a 60 años	3
Género	Participantes
Masculino	5
Femenino	10
Nivel de escolaridad	Participantes
Secundaria Completa	2
Técnico	0

Profesional	8
Posgrado	5
Procedencia	Participantes
Urbana	15
Rural	0
Ocupación actual	Participantes
Funcionario del distrito	13
Gerencia social	2
Vinculación al Consejo Local de Discapacidad	Participantes
Representante de la persona con discapacidad	2
Representante institucional	13
Tiene discapacidad	Participantes
Si	1
No	14

En cuanto al contacto con personas con discapacidad, todos los participantes habían tenido contacto al momento de la aplicación del cuestionario, de manera especial en el ámbito laboral. Otros ámbitos de contacto reportados son el familiar, amistad, actividades de recreación, deporte o cultura, o espacios de capacitación. Lo anterior quiere decir que para ninguno de los participantes el contacto con la discapacidad es nuevo, ya hay un precedente que se espera, guarde influencia con la percepción hacia las personas con discapacidad, de manera especial por la frecuencia del contacto que varía entre diario a alguna vez en el mes. No obstante, es importante tener en cuenta que no todos han tenido contacto con todos los tipos de discapacidad (ver Cuadro 7).

Cuadro 7. Contacto pasado con personas con discapacidad

Ámbitos en los que tuvo contacto con personas con discapacidad	Participantes
Familia	1
Amistad	5
Trabajó con estas personas	11
Compañero (a) de trabajo	1
Recreación/deporte/cultura	4

Otros	Cursos
Tipos de discapacidad con los que tuvo contacto	Participantes
Todas	5
Física	3
Visual	1
Mental	4
Sordos	1
Frecuencia del contacto	Participantes
Diario	3
Casi diario	4
Semanal	4
Alguna vez al mes	3
Casi nunca	0
Nunca	0

En la información del contacto actual, los participantes siguen manteniendo contacto con diferentes tipos de discapacidad, de manera especial en el ámbito laboral. Dos personas en el momento de la aplicación del cuestionario no tenían contacto con personas con discapacidad en ningún ámbito (ver Cuadro 8).

Cuadro 8. Contacto actual con personas con discapacidad

Ámbitos en los que tiene contacto	Participantes
Familia	1
Amistad	2
Trabaja con estas personas	10
Compañero (a) de trabajo	1
Recreación/deporte/cultura	1
Ninguno	2
Otros	Consejo de discapacidad
Con qué discapacidad tiene contacto	Participantes
Todas	5
Física	4

Visual	3
Mental	3
Frecuencia del contacto actual	Participantes
Diario	4
Casi diario	3
Semanal	3
Alguna vez al mes	2
Casi nunca	2
Nunca	0

4.2 INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Este apartado contiene los resultados correspondientes a las tres categorías exploradas. Se presenta cada una de las categorías por aparte y los hallazgos en cada una de la aplicación del instrumento y la realización de los grupos focales.

4.2.2 Categoría concepción de la discapacidad. A continuación se presentan los resultados correspondientes a las preguntas del cuestionario que exploraron la categoría concepción de la discapacidad (Items 1 al 6). De acuerdo a la descripción hecha en el apartado Instrumentos, técnicas y análisis de la información (página 66), se presentan los resultados del punto A: análisis por categorización. Se recuerda que el análisis por categorización implica valorar si determinadas unidades bien sean palabras o frases pueden ser incluidas bajo un código determinado, y juzgar con que código se relaciona (Revuelta, Sánchez, 2001).

- *Pregunta 1. Escriba cinco palabras que le vienen a la mente con el término discapacidad.*

Esta pregunta utiliza la técnica de las asociaciones libres (Abric, 2001), la cual se basa en la producción espontánea verbal o escrita de los individuos frente al término inductor *discapacidad*. Es decir, se exploran las palabras que las personas evocan al presentarles

el término discapacidad. Los resultados, cinco palabras por persona, se categorizaron en cuatro opciones desde el punto de vista de la atribución ⁴⁴.

- a. Atribución personal positiva: Si la palabra citada implica una connotación positiva de la persona con discapacidad.
- b. Atribución social positiva: Si la palabra citada implica una connotación positiva relacionada con el grupo social al cual pertenece una personas con discapacidad.
- c. Atribución personal negativa: Si la palabra citada implica una connotación negativa de la persona con discapacidad.
- d. Atribución social negativa: Si la palabra citada implica una connotación negativa con el grupo social al cual pertenece una personas con discapacidad.

En la tabla 4 se presenta la clasificación de las palabras que surgieron de la expresión libre de los participantes, que a criterio de la investigadora cumplen con la categorización en términos de atribución. Algunas de las palabras se registraron más de una ocasión, por lo cual se indica su frecuencia en el paréntesis ubicado al frente de la palabra.

Tabla 4. Asociaciones libres surgidas bajo el término inductor discapacidad

Categorización	Palabras
Atribución personal positiva	Admirables Ama Disfruta Fortaleza Goza Humanos Persistencia Reto Salir adelante Sensible Sueña Siente Superación
Atribución social positiva	Ayuda Igualdad Integrados Líderes Oportunidades Propositivos Solidaridad

⁴⁴ Atribución: Creencia que alguien puede tener acerca de la causa de un suceso (Ovejero, 1998, 52).

<p>Atribución personal negativa</p>	<p>Limitación (9) Necesidad (3) Dificultad (2) Impedimento (2) Algunas malformaciones Autismo Carencias Ciego Con dificultad Condición Con algunas inhabilidades Desvalido Discapacitados Enfermedad Faltante Física Incapacidad Incompetente - minusválido Insuficiencia Inválido Poco desarrollo Sin capacidad Sordo Tristeza</p>
<p>Atribución social negativa</p>	<p>Discriminación (2) Marginación (2) Abandono Aislamiento Desempleo Déficits de apoyo Doble trabajo Exclusión Intolerancia Mendicidad Pobreza Pocas posibilidades</p>

De un listado total de 69 palabras enunciadas, 35 se relacionan con la atribución personal negativa que se sitúa primer lugar; le sigue en número de palabras la atribución social negativa con 14 palabras, la atribución personal positiva se sitúa en el tercer lugar con 13 palabras y la atribución social positiva con 6 palabras.

Según esto, al pensar en el término discapacidad, este se asocia más a una condición propia de la persona, algo que le falta, una carencia en su desarrollo, limitación o insuficiencia. Asimismo, se desvirtúan las habilidades de las personas con discapacidad por medio del uso de términos como desvalido, incompetente, minusválido, poco desarrollo, tristeza, sin capacidad, enfermedad (ver tabla 5).

En la atribución social negativa se encuentran términos que menosprecian la condición de ser humano y que muestran claramente el trato que se da a grupos excluidos: abandono, marginación, mendicidad, pobreza, discriminación o desempleo.

En la atribución personal positiva las palabras expresadas permiten comprender a las personas con discapacidad en su realidad, como seres humanos con necesidades afectivas y emocionales: ama, siente, disfruta, sensible, goza, sueña. Por otro lado, se encuentran palabras que dejan entrever ciertas cualidades que asumen o deben asumir las personas con discapacidad de acuerdo a las trabas que se les presentan a diario: fortaleza, reto, persistencia, salir adelante y superación.

En la categoría con menor cantidad de términos, la atribución social positiva, se encuentran palabras que se refieren a la reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad y a la perspectiva de participación: igualdad, integrados, líderes, oportunidades, propositivos, solidaridad.

- *Pregunta 2. ¿Para usted qué significa la discapacidad?*

La pregunta dos permite explorar la definición de discapacidad que manejan los participantes. Las respuestas fueron categorizadas teniendo en cuenta los siguientes significados:

- a. Capacidades: La respuesta se basa únicamente en las características de la persona y en parámetros de funcionalidad.
- b. Relación con el entorno La respuesta se basa no sólo en la limitación o deficiencia de la persona sino con las características del contexto que la rodea.

Tabla 5. Definiciones de la discapacidad

Significado	Respuestas
En términos de capacidades	<p>Es la falta total o parcial de órganos que impiden que una persona pueda desarrollar sus facultades en forma total</p> <p>Es un término que se ha manejado socialmente para referenciar a una persona que tiene una limitación física</p> <p>Es una limitación física o psíquica de una persona que le impide desarrollar determinadas actividades</p> <p>Estado permanente de disfuncionalidad en un área específica del organismo</p> <p>Limitación física, mental incapacitante o no que requiere un tratamiento médico o psicológico</p> <p>Limitación que tiene una persona en su organismo pero que puede desarrollar otras habilidades para mejorar o desempeñarse en un oficio</p> <p>Personas que tienen alguna ausencia de capacidad física, mental e inclusive espiritual</p> <p>Que alguien no está completamente capacitado para realizar algo</p> <p>Que ha perdido la capacidad o desarrollo en una parte de su cuerpo o como persona integral le falta más desarrollo</p> <p>Una limitante tanto físico, sensorial y/o mental que no permite ser funcional</p>
Relación con el contexto	<p>Forma de conocer el mundo</p> <p>Limitación que interfiere con la interacción de un individuo con su entorno</p> <p>Una condición de vida diferente a cualquier persona que no tiene</p>

Las respuestas presentan una tendencia centrada en las características de la persona en cuanto a su cuerpo, cognición o capacidades en general. Se habla de pérdida o falta de capacidad o de órganos, carencia, limitación de la persona, necesidad de tratamiento físico o psicológico y disfuncionalidad. Es decir, la persona no cuenta con habilidades suficientes y necesita suplir esa carencia para llegar a ser igual al resto de la población. Claramente se enfatiza en definiciones basadas en las nociones de funcionalidad – disfuncionalidad. Asimismo, se agregan otras explicaciones que no tienen relación alguna con el hecho de contar con una discapacidad como: ausencia de capacidad espiritual ó que como persona integral le falta más desarrollo.

Las respuestas que se relacionan con el contexto en el que se encuentra la persona definen la discapacidad como una forma de conocer el mundo, la limitación en la interacción del individuo con su entorno y los inconvenientes en la relación con este. Lo anterior corresponde a una visión más congruente con las actuales propuestas de comprensión de la discapacidad.

- *Pregunta 3. Escriba en las siguientes líneas ejemplos de seis discapacidades.*

La pregunta tres indaga ejemplos de lo que es considerado por los participantes como discapacidad,⁴⁵ para en el punto cuatro jerarquizarlos como más o menos limitantes. Las respuestas se clasificaron según los siguientes tipos de discapacidad:

- Discapacidad mental: Se refiere a las dificultades en los procesamientos mentales globales y de déficit intelectual. Incluye la clasificación de discapacidad cognitiva.
- Discapacidad física⁴⁶: Se relaciona con las restricciones en el movimiento, las articulaciones y la piel.
- Discapacidad sensorial: Se relaciona con las restricciones en el uso de los sentidos y de la comunicación.

⁴⁵ En el sentido estricto de su significado, se hablaría de ejemplos de *deficiencias*, sin embargo, ya que el uso de este término podría confundir a los participantes, se conservó el término discapacidad a lo largo de la recolección de información.

⁴⁶ Las discapacidades orgánicas (citadas por Fox y Kim, 2004 como *discapacidades emergentes*) que se centran en el funcionamiento de los diferentes sistemas como hematológico, respiratorio, cardiovascular, inmunológico, respiratorio y demás, serán incluidas en esta categoría.

Tabla 6. Ejemplos de tipos de discapacidades

Tipos de discapacidad		
Sensorial	Física	Mental
Ausencia de vista Auditiva (4) Auditiva con mudez y sin mudez Auditiva: Hipoacusia bilateral profunda Ceguera (2) Visual (12) Mudos Sensoriales Sordera (6)	Amelías (2) Amputación Distrofias Física (5) Fisiológica -Orgánica Hemiplejia Invalidez Múltiple Mutilación de extremidades (3) Motora Orgánica (3) Parálisis (2) Paraplejia (5) Piel Poliomielitis (2) Sicomotriz Trombosis Total	Autismo (6) Cerebral Cognitiva: Retardo mental Cognoscitiva Deficiencia mental Demencia senil Limitación en retardo Mental (3) Mental: Esquizofrenia Neuronal Psíquica Retardo mental (3) Retardo y lesiones cerebrales Síndrome de Down

- *Pregunta 4. De la anterior lista organice los diferentes ejemplos en orden descendente del que le parezca más limitante al menos limitante.*

Esta pregunta basada en los listados del numeral tres, tiene como propósito explorar cuáles tipos de discapacidad son considerados por los participantes como más o como menos restrictivos. De la jerarquización realizada para los seis ejemplos, se toman los dos primeros como los más representativos.

Tabla 7. Tipos de discapacidad y nivel de limitación

Tipos de discapacidad

Más limitante Menos limitante

	Nivel: I	II	III	IV	V	VI
Primer Ejemplo	Autismo (5) Mental (4) Deficiencia mental Retardo mental profundo	Autismo Cerebral Cognoscitiva Mental Neuronal Retardo Síndrome de Down	Amputación Física (2) Hemiplejia Mutación de extremidades Sicomotriz Orgánica	Ciegos-Visual (3) Sensorial Sordo (4)	Ceguera-Visual (4) Auditiva	Sordera (2) Auditiva (2) Mudos Ciego
Segundo Ejemplo	Distrofias Múltiple: varias discapacidades Mutilaciones superiores Parálisis Parálisis cerebral (2)	Auditiva con mudez Ausencia de vista Visual (3)	Auditiva sin mudez Sensoriales Visual (2)	Física (2) Invalidez Orgánica Poliomielitis	Orgánica Paraplejia Polio Física Amelias	Física Fisiológica Orgánica Focomielia Paraplejas Trombosis Sin alguna extremidad

- Discapacidad Mental
- Discapacidad Física
- Discapacidad Sensorial

Tras la jerarquización de los ejemplos presentados en la pregunta tres, los participantes consideran que hay mayor dificultad de interacción de una persona con su entorno a causa de alteraciones mentales y cognitivas. Como ejemplos de esta clasificación para el primer ejemplo, se presentan la enfermedad mental, el autismo, el retardo mental profundo, el Síndrome de Down y la deficiencia mental en general (Nivel 1 y 2). A las alteraciones mentales y cognitivas le sigue la discapacidad física con ejemplos como la amputación o la hemiplejia (Nivel 3). Finalmente en el primer ejemplo los niveles menos limitantes (4 a 6) coinciden todos en presentar a la discapacidad sensorial.

Para el segundo ejemplo, en el nivel más limitante está la discapacidad física, pero con ejemplos que implican mayor dificultad en la movilidad de la persona como parálisis y

distrofia. Le siguen en los niveles 2 y 3 la discapacidad sensorial y se consideran como menos limitantes en los niveles 4 a 6 ejemplos que corresponden a la discapacidad física.

- **Pregunta 5. ¿Por qué razones cree que una persona puede presentar una discapacidad?**

Esta pregunta pretende explorar qué causas consideran los participantes como generadoras de los diversos tipos de discapacidad, con el fin de conocer la información que tienen sobre el tema. Las respuestas presentadas fueron categorizadas de la siguiente forma:

- Factores biológicos: Se dividen en congénitos o adquiridos y tienen origen en el desarrollo fetal, el nacimiento o en secuelas de enfermedades.
- Factores medioambientales y sociales. Tienen origen en accidentes, o en condiciones relacionadas con el ambiente en el cual vive la persona.

El número que se presenta en el cuadro corresponde a la frecuencia de aparición de cada razón presentada por los participantes.

Tabla 8. Razones por las cuales una persona puede presentar una discapacidad.

Factores biológicos	Congénitos	Factores genéticos – hereditarios (8) Enfermedades congénitas – deformaciones (4)
	Adquiridos	Enfermedad (6) Anoxia en el nacimiento (2) Fallas orgánicas Por alteración de la función de algún sistema (nervioso, músculo esquelético, etc.) Por descuido al nacer
Factores medioambientales y sociales		Accidente – adquirido (10) Alcoholismo Factores laborales Factores socioambientales Falta de capacidad Por deficientes apoyos para desempeñarse funcionalmente en su entorno Se limita mentalmente Sobreprotección Violencia familiar

De un total de 42 respuestas se citaron con mayor frecuencia los factores biológicos: congénitos y adquiridos y posteriormente los factores medioambientales y/o sociales que pueden generar discapacidad. Se mencionan de manera especial los accidentes y le siguen los aspectos relacionados un ambiente negativo que rodea la persona, con manifestaciones como el alcoholismo y la violencia intrafamiliar.

- *Pregunta 6. ¿Cree usted que la discapacidad es una forma de enfermedad?*

Esta pregunta tiene como fin indagar si la discapacidad equivale a una enfermedad, o si por el contrario se entiende como una circunstancia diferente⁴⁷. Las respuestas fueron clasificadas según la respuesta dada por cada participante: sí o no.

Tabla 9. Es la discapacidad una forma de enfermedad

Es enfermedad	Explicación
Si	Cuando ésta afecta en forma degenerativa la salud Porque su cuerpo no funciona adecuadamente Si es genética o afecta una función orgánica

⁴⁷ Vale la pena aclarar que esta pregunta puede generar divergencias si se tiene en cuenta la clasificación “discapacidad orgánica” y las “discapacidades emergentes”, mencionada en la página 36, las cuales se refieren específicamente a enfermedades o alteraciones orgánicas.

No	<p>A veces pienso que la discapacidad es más un problema mental que físico y mucho menos una enfermedad</p> <p>No necesariamente, según su grado</p> <p>Solo es una nueva condición de vida y está afectada por la oportunidad que tenga el individuo para el desempeño</p> <p>Puede ser ocasionada por una enfermedad, pero no lo es por su causalidad y por aspectos sociales, psíquicos, etc...</p> <p>Porque es simplemente que ha disminuido su capacidad de desarrollo en cuanto a las demás personas</p> <p>Se puede presentar la discapacidad durante cualquier momento de la vida, no como enfermedad</p> <p>Es un estado permanente</p> <p>Puede ser contraída</p> <p>Se trata de un aspecto físico, sensorial o mental que puede ser rehabilitado. Existen formas de adaptación social</p> <p>Limitación en parte de su capacidad</p> <p>Es una condición física y de accesibilidad</p>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Trece personas niegan la discapacidad como una forma de enfermedad; sin embargo, se encuentran explicaciones que evidencian lo contrario o no logran argumentar lo suficiente su respuesta; por ejemplo, "...la discapacidad es más un problema mental que físico"; "porque puede ser ocasionada por una enfermedad, pero no lo es por su causalidad", "hay una disminución de la capacidad de desarrollo" o "existen formas de adaptación social". La explicación más acertada según los nuevos planteamientos es la que describe la discapacidad como "una condición de vida afectada por la oportunidad que tenga la persona para el desempeño". Tres participantes consideran que efectivamente la discapacidad es una enfermedad, en la medida en que se afecta de forma degenerativa la salud, no hay un correcto funcionamiento del cuerpo y cuando se presenta por genética o afecta una función orgánica.

Finalizada la presentación de los items del cuestionario relacionados con la categoría concepción, denominada *Fase I*, se continúa con la profundización del contenido de la categoría por medio del análisis de los corpus de los grupos focales.

Fase II. Confirmación y profundización del contenido de la representación.

Para esta fase la información tratada fue el corpus resultante de la transcripción textual de los grupos focales. La categorización⁴⁸ del contenido de los grupos focales se inicia con una lectura desprevenida inicial del corpus transcrito. La información se ubica en la categoría concepción ya que responde a las preguntas propias de la categoría establecidas en la guía de preguntas de los grupos focales (Anexo D), o de acuerdo a la relación del contenido con la definición operativa de la categoría.

La ubicación de la información se hace teniendo en cuenta que los aspectos ubicados en la categoría “deben ser relevantes en relación a los objetivos del estudio y adecuados al contenido analizado” (Revuelta y Sánchez, 2002). Posterior a la ubicación en la categoría, se van demarcando subcategorías que la investigadora señala teniendo en cuenta su experticia en el tema⁴⁹, para finalmente ubicar ejemplos del corpus en estas. El cuadro 9 condensa los hallazgos del análisis del corpus seleccionado de la categoría concepción.

⁴⁸ La categorización como técnica asume que la información a analizar refleja las actitudes y creencias de las personas y las instituciones que los producen, así como las actitudes y creencias de los receptores de éstos. (Almenara y Loscertales, 2002).

⁴⁹ Es de señalar que tradicionalmente a un buen sistema categorial se le presuponen las siguientes características: exclusión mutua, homogeneidad, pertinencia y productividad (Fox, 1981; Pérez Serrano, 1984; Weber, 1985; Bardin, 1986; Clemente y Santalla, 1991). Exclusivo, en el sentido que cada uno de los elementos que aparezcan en el texto debe de ubicarse exclusiva y únicamente en una categoría; homogéneo, ya que un mismo principio de clasificación debe de dirigir su organización; pertinente, puesto que debe adaptarse tanto al material soporte del texto elegido como al objetivo del estudio; y productivo, en el sentido de que el sistema categorial sea efectivo y proporcione resultados aclaratorios del fenómeno estudiado y favorezca nuevos problemas de estudio (Ídem, pág. 4).

Cuadro 9. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría influencia histórica

Subcategoría: Influencia histórica
<p>“DE BASE, HAY ALGO QUE CASI NADIE TIENE EN CUENTA Y ES LA FORMA EN QUE HA NACIDO EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD, EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD EN SÍ Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA TIENE UNAS RAÍCES HISTÓRICAS Y DESDE AHÍ ES QUE EMPEZAMOS A CONCEBIR CÓMO ES QUE ME SIENTO PERSONA CON DISCAPACIDAD, CÓMO ES QUE ME SIENTO PERSONA CON DISCAPACIDAD Y LA POSIBILIDAD DE PARTICIPAR PORQUE HEMOS TENIDO UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE ESOS CONCEPTOS”.</p> <p>“EL CONCEPTO DE LA BIBLIA, POR EJEMPLO, DE UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD EL LEPROSO, CÓMO ERA EL RELEGADO, CÓMO ERA EL POBRECITO, ERA EL MENDIGO, ERA EL TENIDO EN CUENTA ALLÁ DEBAJO DE LA MESA”.</p> <p>“AHÍ TENEMOS EN CUENTA CÓMO LAS PERSONAS ANTIGUAMENTE Y COMO POR EJEMPLO, NUESTRO COMPAÑERO HABLABA: EL ENFERMO, EL INVÁLIDO, EL MINUSVÁLIDO, EL POBRECITO, EL ESTORBO DE LA CASA, EL AISLADO DE LA CASA. DESDE AHÍ VIENEN LOS CONCEPTOS QUE HOY INTENTAMOS TRABAJAR Y QUE ES COMO HOY LAS PERSONAS SE SIENTEN”.</p> <p>“MUCHOS DECÍAN, ES QUE YO ME SIENTO POBRECITA, LASTIMADA, ME MENOSPRECIAN, PORQUE ESO ES LO QUE HEMOS CONSTRUIDO A LO LARGO DE LA HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD”.</p>

La subcategoría influencia histórica reafirma que el concepto que tienen las personas con discapacidad sobre ellas mismas y el que tienen los demás hacia ellas, se basa en explicaciones religiosas con carga negativa que influyen en la comprensión de su situación. De acuerdo a las expresiones, la persona se siente maltratada y menospreciada por la sociedad.

Cuadro 10. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría capacidades

Subcategoría: Capacidades
<p>“HAY MUCHAS ACTIVIDADES EN LAS CUALES A PESAR DE SUS LIMITANTES ESA PERSONA PUEDE SER FUNCIONAL: EN SU TRABAJO, EN EL ÁREA PEDAGÓGICA, EN EL ÁREA SOCIAL”</p> <p>“YO CREO QUE NO SERÍA DISCAPACIDAD, SERÍA LIMITANTES. EN LA PARTE FÍSICA CUANDO HAY UN ACCIDENTE, SE LIMITA LA PERSONA, ES UNA LIMITACIÓN, NO DISCAPACIDAD, NO TIENEN DISCAPACIDAD, PORQUE TIENE MUCHAS CAPACIDADES”.</p> <p>“EL LIMITADO TIENE MÁS CAPACIDADES QUE UNA PERSONA SIN LIMITANTES”.</p> <p>“DIS ES NEGATIVO Y CAPACIDAD ES DE CAPACITAR, ENTONCES COMO TÉRMINO SERÍA UNA PERSONA NO CAPACITADA, ¿SI? COMO TÉRMINO ESPECÍFICO SERÍA ESO”.</p> <p>“PERO A VECES A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD LA HAN COLOCADO EN DOS SITUACIONES, O COMO EL SALVADOR, O EL QUE TENEMOS MÁS CAPACIDADES O EL POBRECITO EL QUE NO TIENE TANTAS CAPACIDADES”.</p> <p>“CONSIDERO QUE LA PERSONA ES FUNCIONAL O NO FUNCIONAL”.</p>

Se encuentran en el cuadro 10 dos orientaciones opuestas: la persona con discapacidad tiene más capacidades que una persona sin limitaciones y la persona no tiene capacidades, estas son matizadas por explicaciones intermedias en donde se considera que hay áreas en las cuales la persona si puede ser funcional. Es claro que no hay acuerdo al tratar de comprender cómo se entienden la capacidad en la dis-capacidad.

Cuadro 11. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría capacidades

Subcategoría: Relación persona – entorno
<p>“LA DISCAPACIDAD ES LA SITUACIÓN PARTICULAR DE UN INDIVIDUO QUE TIENE PARA ENFRENTARSE CON LA SOCIEDAD, A SU AMBIENTE FAMILIAR, A SU AMBIENTE LABORAL, A SU AMBIENTE EDUCATIVO, QUE LE IMPIDE ACTUAR Y DESENVOLVERSE NORMALMENTE”.</p> <p>“LA DISCAPACIDAD NO ES TANTO LA MISMA PERSONA, LA PERSONA QUE ESTÁ EN UNA SILLA, NI NADA, SINO SON LAS TRABAS QUE COLOCA LA SOCIEDAD ANTE SITUACIONES DIFERENTES A LAS QUE EL COMÚN VIVE”.</p> <p>“SI HUBIERA UNA ACCESIBILIDAD REALMENTE, TANTO ACCESIBILIDAD ARQUITECTÓNICA, COMO ACCESO A LAS COSAS, NO SE NOTARÍA, NO SE VERÍA EL TÉRMINO DISCAPACIDAD ¿POR QUÉ?, PORQUE DONDE ESTUVIERA LA PARTE ARQUITECTÓNICA NO ESTARÍA COMO QUE LA AYUDA DE SUBIRME - BAJARME, Y TODO EL CUENTO QUE AHÍ ES DONDE LIMITA UNA PERSONA”.</p> <p>“CUANDO EMPEZAMOS A MIRAR QUÉ ES LA DISCAPACIDAD EMPEZAMOS A DECIR NO ES TANTO QUÉ ME ESTÁ PASANDO TANTO FÍSICA COMO MENTALMENTE, SINO QUÉ ES LO QUE ESTÁ AFUERA ME ESTÁ IMPIDIENDO QUE YO ME DESEMPEÑE EN LA FORMA ADECUADA QUE PUEDO HACERLO”.</p> <p>“PUEDO HABLAR QUE LOS APOYOS NO SON SUFICIENTES, Y ES AHÍ DONDE PUEDO DECIR TENGO DISCAPACIDAD O NO TENGO DISCAPACIDAD; QUÉ TANTO PUEDO YO INTERACTUAR EN EL MEDIO Y QUE NADA DE ESO ME LO IMPIDA”.</p> <p>“EL DIARIO VIVIR CREO QUE ES UNA DE LAS INFORMACIONES QUE UNO TIENE Y EL CONTENIDO TEÓRICO QUE SE MANEJA A NIVEL PROFESIONAL; PERO CREO QUE LO MÁS ENRIQUECEDOR DE UN CONCEPTO DE DISCAPACIDAD ES EL DIARIO VIVIR, EL CONTACTO, LA EXPERIENCIA Y LA IDENTIFICACIÓN DEL CASO. CONVIVENCIA CON LA DISCAPACIDAD”.</p>

La discapacidad se interpreta como la resultante de la interacción de la persona con el medio. Se entiende como la falta de adaptaciones en el entorno para que la persona que tiene una condición particular en el cuerpo se pueda desempeñar. Cuando la adaptación se hace la discapacidad se diluye. Adicionalmente se presta gran importancia al contacto y la convivencia con la población con discapacidad.

Cuadro 12. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría aceptación de la condición de discapacidad

Subcategoría: Aceptación de la condición de discapacidad
<p>“YO NO PUEDO DECIRLE A LOS DEMÁS, CREARLE A LOS DEMÁS ESE SENTIMIENTO DE CULPA PORQUE ES CREÁRSELO, A USTED DECIRLE USTED NO SABE CÓMO ME SIENTO YO AHÍ ME ESTÁN DANDO TODO Y NO ME LO VAN A DAR POR RESPETO NI POR NADA SINO ME LO VAN A DAR PORQUE ESO CONMUEVE”.</p> <p>“YO HE HABLADO CON ELLOS Y DICEN NO YO NO LO ACEPTO, YO ME RESIGNO A TENER LA DISCAPACIDAD, Y ES CÓMO BUSCAR, PORQUE LO QUE YO VEO ES QUE NO HAY COMO LA PERTENENCIA DE LA DISCAPACIDAD DE LA LOCALIDAD DEL MISMO SECTOR. ES BUSCAR QUE LA MISMA POBLACIÓN SE APERSONE DE LA DISCAPACIDAD PARA ASÍ PRODUCIR UN CAMBIO ¿SI? SI YO TODAVÍA NO ME ACEPTO COMO PERSONA CON DISCAPACIDAD ¿CÓMO VOY A PRODUCIRLE UN CAMBIO A USTED? ¿SI? CÓMO LE VOY A PRODUCIR UN CAMBIO A ALGUIEN SI NO HAY ESA ACEPTACIÓN DENTRO DE LA MISMA POBLACIÓN”.</p> <p>“¿SI YO TODAVÍA NO ME ACEPTO COMO PERSONA CON DISCAPACIDAD CÓMO VOY A PRODUCIRLE UN CAMBIO A USTED? ¿SI? CÓMO LE VOY A PRODUCIR UN CAMBIO A ALGUIEN SI NO HAY ESA ACEPTACIÓN DENTRO DE LA MISMA POBLACIÓN”.</p> <p>“LA FORMA COMO NOSOTROS VEMOS O TENEMOS LA VISIÓN ACERCA DE AQUELLAS PERSONAS CON LIMITANTES TAMBIÉN PARTE DE ELLOS MISMOS”.</p> <p>“YO PIENSO QUE SE NECESITA UN CAMBIO AL INTERIOR DE LA MISMA POBLACIÓN, SE NECESITA UN CAMBIO AL INTERIOR, UN CAMBIO COMO DE CONCEPTO, UN CAMBIO DE QUE VEAMOS QUE LA DISCAPACIDAD NO ES LA ENFERMEDAD, PORQUE TODAVÍA SE VE Y EN LA POBLACIÓN SE VE”.</p>

Si se parte del hecho que la sociedad piensa de forma negativa, es lógico pensar que inmersa en esa sociedad la persona con discapacidad reproduce el pensamiento negativo. Al no tener un círculo de apoyo para entender su situación bien sea adquirida o congénita, la persona no acepta su condición. Lo que logra es ubicarse en un nivel inferior y de no-participación, de tal forma que induzca en otros una respuesta compasiva, cuando se espera que la misma persona con discapacidad genere cambios en el pensamiento del resto. Se le exige a la persona con discapacidad que surja de ellas un cambio de visión hacia la discapacidad, teniendo en cuenta también que la discapacidad no significa enfermedad.

Cuadro 13. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría igualdad de derechos y deberes

Subcategoría: Igualdad de derechos y deberes
<p>“QUE TIENE IGUALES DERECHOS IGUALES DEBERES Y QUE DEBE SER RECONOCIDO COMO CIUDADANO DE TODAS MANERAS”.</p> <p>“CUANDO DICE QUE TODOS TIENEN EL MISMO DERECHO Y DEBERES, ESTÁ CONCEBIDO EN UNA FRASE DE LOS DERECHOS HUMANOS, TODOS SOMOS IGUALES EN CONDICIÓN Y DERECHOS. TODOS TENEMOS LA MISMA DIGNIDAD EN CONDICIÓN Y DERECHO. TODOS GOZAMOS DE UNA MISMA DIGNIDAD Y DE UN MISMO DERECHO”.</p> <p>“...ES IDENTIFICADO O CONCEBIDO COMO UNA CONDICIÓN DE VIDA DIFERENTE, PERO ESO NO LO HACE DIFERENTE PARA PODER PARTICIPAR EN LOS MEDIOS SOCIALES, ECONÓMICOS, A LOS CUALES TIENE DERECHO UNA PERSONA”.</p>

Se explica desde la noción de los derechos humanos la imperiosa necesidad de destacar la condición de ciudadanía de la persona con discapacidad, el reconocimiento de sus deberes y derechos y la necesidad de lograr su participación y liderazgo.

Cuadro 14. Categorización grupos focales - concepción, subcategoría manejo del término discapacidad

Subcategoría: Manejo del término discapacidad
<p>“RESULTA QUE TODOS SOMOS UNOS LIMITADOS CON LA MANO. CUANDO SOMOS DIESTROS, NUESTRO LADO IZQUIERDO, CUANDO SON LOS NIÑOS ZURDOS, CON SU LADO DERECHO. ENTONCES TODOS TENEMOS LIMITACIONES Y PUES ESO NO ES PORQUE VENGA CON NOSOTROS SINO PORQUE LA MISMA CULTURA NOS HA HECHO TODO ESE TIPO DE LIMITACIONES”.</p> <p>“DESPUÉS DE ESCUCHAR TANTAS COSAS QUE SE HAN ESCUCHADO, YO PIENSO QUE QUIÉN NO SOMOS DISCAPACITADOS. CUANDO SOMOS ADOLESCENTES TENEMOS BARRERAS, ENTONCES TAMBIÉN TENEMOS DISCAPACIDADES ¿CIERTO?. CUANDO SOMOS NIÑOS TAMBIÉN TENEMOS DISCAPACIDADES ¿CIERTO?, NECESITAMOS QUE NOS AYUDEN. ENTONCES YO PIENSO QUE NOSOTROS NO DEBERÍAMOS DE ROTULAR A LAS PERSONAS CON LA DISCAPACIDAD PORQUE TENDRÍAMOS QUE ROTULARNOS TAMBIÉN NOSOTROS”.</p> <p>“EL TÉRMINO ES COMO LA CONSOLIDACIÓN DE LA VIOLENCIA ES COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA, ES UNA FORMA DE DECIRNOS ESTÁN FUERA, ESO SIGNIFICA PARA MI DISCAPACIDAD EN TÉRMINOS SOCIALES, SÉ QUE EN LOS TÉRMINOS DE SALUD DEBEMOS CONSIDERAR OTROS MUCHOS PARÁMETROS, PERO PIENSO QUE LO QUE MÁS SE ESTÁ UTILIZANDO ES COMO ES UNA FORMA DE VIOLENCIA PARA SEGREGAR”.</p> <p>“NO ESTOY DE ACUERDO CON EL TÉRMINO DISCAPACIDAD COMO TAL PARA SEÑALAR, PARA ROTULAR, PORQUE TODA PERSONA TIENE OTRAS ACTIVIDADES Y OTRAS CONNOTACIONES QUE LO HACEN DE VERDAD FUNCIONAL. ENTONCES ME PARECE QUE CUANDO HABLAMOS DEL TÉRMINO DISCAPACIDAD ESTAMOS ENTRE COMILLAS TAMBIÉN “ANULANDO” [...] TAMBIÉN ESA ROTULACIÓN SEGREGA.</p>

Se pretende señalar que todas las personas cuentan con algún tipo de limitación y por ende de discapacidad, por lo cual la expresión “persona con discapacidad” se aplica a todas las personas. Por otro lado, se considera que el decir que una persona cuenta con una discapacidad implica de inmediato ser rotulado y excluido.

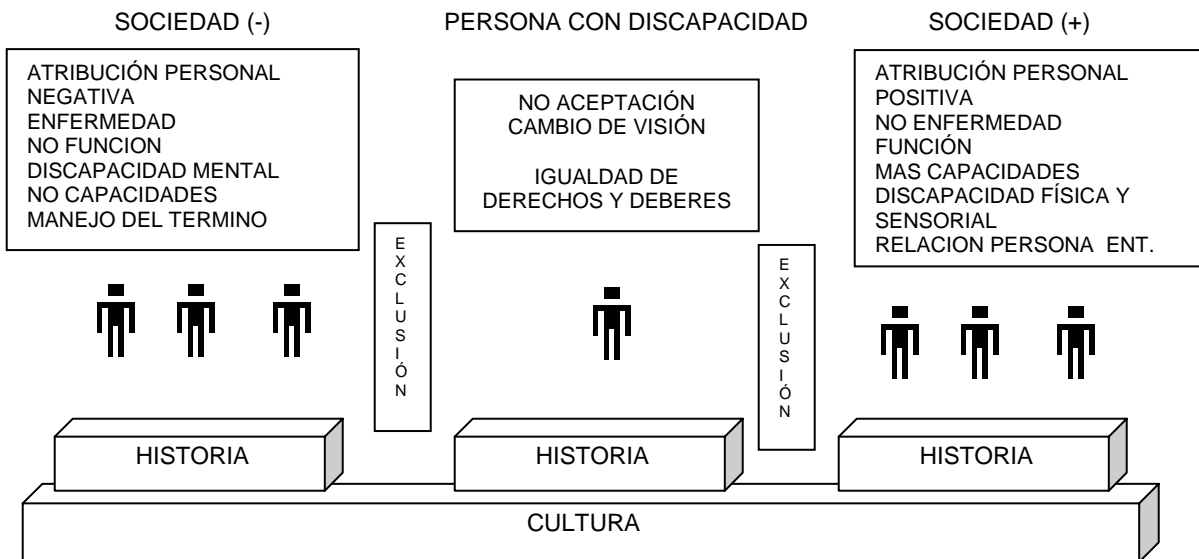
Tomando como base los datos resultantes de la categorización de la información de los items 1 a 6 del cuestionario y la categorización del corpus de los grupos focales, se presenta en el cuadro 15 la síntesis de los resultados de la categoría concepción que se presentará posteriormente de forma gráfica (Ver Gráfico 4).

Cuadro 15. Síntesis de los resultados categoría concepción

- La discapacidad se relaciona, en primera instancia, como una condición propia de la persona, algo que le falta, carencia en el desarrollo, limitación o insuficiencia. Se desvirtúan las habilidades de las personas con discapacidad usando términos como desvalido, incompetente, minusválido, poco desarrollo, tristeza, sin capacidad, enfermedad, aspectos que se resumen en la *atribución personal negativa*.
- En segunda instancia la discapacidad se relaciona con términos de *atribución social negativa* y abarca términos que desconocen la condición de ser humano de las personas con discapacidad, evidenciando la exclusión que promueve la sociedad hacia este grupo: abandono, marginación, mendicidad, pobreza, discriminación o desempleo.
- En tercer lugar la discapacidad es definida por la *atribución personal positiva*, en la cual se citan términos que permiten comprender a las personas con discapacidad en su realidad, como seres humanos con necesidades afectivas y emocionales: ama, siente, disfruta, sensible, goza, sueña. Por otro lado, se citan palabras que evidencian cualidades que asumen las personas con discapacidad de acuerdo a las trabas que se les presentan a diario: fortaleza, reto, persistencia, salir adelante y superación
- La discapacidad se define de manera mas frecuente con una *connotación negativa*. En términos de capacidades enfatiza en definiciones basadas en nociones de funcionalidad – disfuncionalidad, Hay pérdida o falta de capacidad o de órganos, necesidad de tratamiento físico o psicológico y disfuncionalidad.
- El tipo de discapacidad que implica mayor dificultad en la interacción con el entorno es la *discapacidad mental*, que incluye la discapacidad cognitiva y la enfermedad mental. Se asumen como menos limitantes la discapacidad sensorial y la física.
- La discapacidad se origina en factores hereditarios y genéticos, y en factores medioambientales y sociales. *Los factores biológicos* son los más mencionados al momento de preguntar las causas que generan discapacidad
- No hay acuerdo en cuanto a la existencia o no de la *relación discapacidad – enfermedad*, ya que se encuentran a la vez los descriptores: ausencia de enfermedad, no enfermedad y enfermedad.
- La *influencia* histórica influye en la percepción de la persona con discapacidad hacia sí misma y la percepción de la sociedad hacia ella, de manera especial, las nociones religiosas hacia las personas con discapacidad contienen una carga negativa importante.
- En términos de *capacidades* la persona tiene limitantes, pero no le impiden ser funcional, incluso la persona con discapacidad tiene más capacidades. Es frecuente que se le ubique en dos extremos: como “el salvador” con más capacidades, o como el “pobrecito” sin capacidades, este último corresponde también a la raíz *dis* del término discapacidad, que significa sin-capacidad.

- La discapacidad es una condición de vida afectada por la oportunidad que tenga la persona para el desempeño, así como una condición particular para enfrentarse a la sociedad, se relaciona con las trabas que esta presenta, es decir, depende de la *relación persona entorno*. En el momento en que hay accesibilidad se diluye el término discapacidad. Se destaca en la comprensión del término, que lo más importante es el contacto y la convivencia con la discapacidad.
- Se encuentra que *no hay aceptación de la condición de discapacidad entre la misma población*; ellos utilizan su condición para crear en otros sentimientos de culpa. Por otro lado, *el cambio de visión y de concepto hacia las personas con discapacidad debe surgir de la misma población*.
- Las personas con discapacidad tienen *igualdad de derechos y deberes* al igual que cualquier otro ciudadano.
- *El manejo del término discapacidad* es discutible teniendo en cuenta tres argumentos: a. todas las personas presentan limitaciones o discapacidad, es decir, todos somos discapacitados. b. No se debe decir discapacidad sino limitantes, el limitado tiene muchas capacidades y c. El término discapacidad es una forma de violentar, segregar y rotular.

Gráfico 4. Síntesis de los resultados categoría concepción



4.2.3 Categoría integración de las personas con discapacidad. Las preguntas 7 a 12 del cuestionario, permiten explorar los mecanismos de integración social (en los grupos: familia, círculo de amigos y comunidad); educativa, vocacional y/o laboral; en acciones del sector de salud; en recreación y deporte; y cultura desarrollados en las localidades.

Cada una de las preguntas indaga si la persona tiene o no conocimiento sobre las ayudas o los mecanismos de integración su opinión al respecto. Dicha información se sintetiza en tablas para cada una de las respuestas.

- *Pregunta 7. ¿Existen ayudas para la integración social de las personas con discapacidad dentro de los siguientes grupos?: Familia - Círculo de amigos - Comunidad.*

La pregunta indaga sobre el conocimiento de apoyos para integración de la persona con discapacidad en tres grupos esenciales para la persona: la familia, los amigos y la comunidad.

Tabla 10. Existen ayudas para integración social de la persona con discapacidad

Respuesta Grupos	Si	Cuáles	No	Ns	Nr	Opinión
Familia	11	Algunos grupos culturales Apoyo a padres con hijos especiales Con talleres de sensibilización y capacitación y asesoría domiciliaria El afecto ONG's	0	3	1	Son importantes porque refuerzan la autoestima de las personas Son buenas y de apoyo Son positivas Son importantes pero deben implementarse ampliar y apoyar Se requiere contar con mayores apoyos institucionales Son paliativas ya que no existen políticas que regulen esas situaciones
Círculo de amigos	6	Igualdad Asociaciones ONG Participar en entrenamientos	2	6	1	Los costos y la política impiden la participación interinstitucional Que si todos actuaran de esta forma los

Comunidad	12	Reconocimiento, ayuda, comprensión y acciones del consejo de discapacidad	0	3	0	discapacitados tendrían una recuperación más fácil. Aún falta mucho para fortalecer estos procesos y se debe trabajar en sensibilización y políticas Me da la impresión de que no son constantes en sus acciones
		Actividades deportivas y culturales				
		Asociaciones e Instituciones como Ideal y Fundación Granahorrar				
		Interacción interinstitucional				
		Se viene trabajando en eso a través de los consejos locales				
		Proyecto para participación general de la población				

Con respecto a la *familia* once personas opinan que sí existen las ayudas o apoyos necesarios para la integración de las personas con discapacidad en el grupo familiar. Las actividades que desarrollan las instituciones como asesorías domiciliarias a los grupos familiares, apoyo a padres, talleres de sensibilización, charlas y orientación y las llevadas a cabo por las ONG's, son reconocidas como parte del proceso de integración al núcleo familiar.

En cuanto al *círculo de amigos* seis personas manifiestan que sí existe apoyo en la integración por parte de los amigos por medio de acciones que propician la igualdad desarrolladas por las asociaciones y ONG's; la vinculación a instituciones y la participación en actividades deportivas que se desarrollan en la localidad. Seis personas no conocen estos apoyos y dos mencionan que no existen.

Referente a la integración de la persona con discapacidad en la *comunidad*, doce participantes expresan que sí se está llevando a cabo a través de las actividades desarrolladas desde el consejo local de discapacidad y desde diversas asociaciones, redes e instituciones locales.

Las *opiniones* señalan que las acciones de integración social se reconocen como un mecanismo positivo de apoyo para las personas con discapacidad. No obstante, se advierte el hecho de que debe existir una mayor articulación para que estas prácticas tengan una presencia más constante en las actividades locales. Además, se evidencia la necesidad de generar espacios de fortalecimiento desde los diferentes entes

institucionales, llevando hacia la ampliación de las actividades, mayor constancia en las acciones propuestas, sensibilización y desarrollo de políticas.

- **Pregunta 8. ¿Existen mecanismos para la integración educativa de las personas con discapacidad en la localidad?**

La pregunta explora el conocimiento que tienen los participantes hacia las actividades que se desarrollan en torno a la integración educativa, si las hay, cuáles son y la opinión que les merece.

Tabla 11. Existen ayudas para integración educativa de la persona con discapacidad

Si	Cuáles	No	Ns	Nr	Opinión
11	Profesores especialistas o que colaboran pero muy poco	0	4	0	Son un excelente apoyo para la población con limitaciones
	ONG's para retardo mental de 7 a 18 años				Refuerzan la seguridad de las personas para interactuar en sociedad
	CADEL- Gimnasio Ruiz Señor				Son buenos pero en la localidad no existe una institución especial con personas especializadas
	Instituciones de orientación, apoyo y diagnóstico, cuando las personas o la familia no lo conocen				Son buenos pero falta aun buscar cómo los profesores que se identifican con la comunidad
	Algunos en escuelas, colegios y programas del ICBF				Son necesarios y deben multiplicarse
	Comité de discapacidad, Fundación FE, Villemar, ICBF				Implementarse para la integración de otras discapacidades
	Los que da la Constitución Política				No se han implementado o desarrollado
	Consagrado en la ley 115, derecho a la educación				Faltan cupos, no todos tienen educación especial y las instituciones son costosas
	SENA de la localidad				Son la ley de la República
	Los colegios				No están bien implementados lo que dificulta que las acciones cumplan con el objetivo
					Que se lleven a cabo, hace falta dotar a las instituciones de profesionales de apoyo.
	Especializar las instituciones				
	No los conozco				

Once personas expresan que sí existe integración educativa en sus localidades. Entre los organismos encargados de la integración en las localidades se mencionan colegios, escuelas, ONG's, el SENA, el ICBF, e instituciones de orientación, apoyo y diagnóstico. Cuatro personas expresan su desconocimiento frente al tema.

Las *opiniones* señalan que las actividades de integración educativa son necesarias, refuerzan la seguridad de la persona para interactuar con otros, deben multiplicarse y son un excelente apoyo para la población. Como aspectos negativos se menciona que no se han implementado o desarrollado completamente, faltan cupos, no siempre se cuenta con educación especial y las instituciones son costosas. Por otro lado, en las instituciones falta asignación de profesionales, y en general, de personal especializado.

- Pregunta 9 *¿Existen mecanismos para la integración vocacional y/o laboral de las personas con discapacidad en la localidad?*

La pregunta explora el conocimiento que tienen los miembros de los consejos participantes hacia las actividades que se desarrollan en sus localidades en torno a la integración vocacional y/o laboral y qué opinión les merece.

Tabla 12. Existen ayudas para la integración vocacional y/o laboral de la persona con discapacidad

Si	Cuáles	No	Ns	Nr	Opinión
5	Fundación Granahorrar COL*, DABS, hospital, consejo local de discapacidad En proceso Villemar, fundación FE SENA de la localidad	3	7	0	Los ayuda a sentirse productivos Son buenos en la medida en que la comunidad los sepa aprovechar Asistí a una reunión en la cual estaban los representantes y no estaban muy satisfechos Son de integración No está muy consolidada económicamente, por tanto no hay permanencia laboral de la persona (Fundación Granahorrar) No hay atención prelaboral, ni laboral, los invidentes se han organizado pero no hay apoyo local No los conozco

* Centro Operativo Local del Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS).

Siete personas no tienen conocimiento de las acciones de integración vocacional en las localidades o menciona que no existen. Las cinco personas que sí tienen conocimiento sobre el tema en la localidad de La Candelaria, señalan entidades como la Fundación Granahorrar, el Centro Operativo Local (COL) del Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), y el Hospital Centro Oriente. En la localidad de Fontibón se citan el CED Villemar, la Fundación FE, el SENA y el COL del DABS.

Las *opiniones* señalan que la integración vocacional y laboral ayuda a que las personas con discapacidad se sientan productivas. Estos programas se reconocen como favorables en la medida en que la comunidad los sepa aprovechar. Los comentarios negativos refieren que no hay consolidación de algunas instituciones, no hay permanencia en los programas y en general no hay preparación vocacional, ni satisfacción hacia las acciones laborales y/o vocacionales.

- Pregunta 10 *¿En la localidad el sector salud está llevando a cabo acciones para el bienestar de las personas con discapacidad?*

Se indaga el conocimiento que tienen los miembros de los consejos participantes hacia las actividades específicas que desarrolla el sector salud en torno a las personas con discapacidad, cuáles son y la opinión al respecto.

Tabla 13. Existen ayudas para la integración en salud de la persona con discapacidad

Si	Cuáles	No	Ns	Nr	Opinión
13	A través del PAB* con asesorías, grupos formados, asesoría a instituciones y rehabilitación basada en comunidad Asesorías domiciliarias y RIPC** Capacitación, terapias y orientación El PAB, visitas a discapacitados Grupos formados e informados, asesoría domiciliaria No sé el nombre del hospital	0	2	0	Buena porque satisfacen alguna carencia de necesidad en la población discapacitada Son una buena alternativa para que la gente sienta el apoyo Intentan dar una visión más integral de la persona con discapacidad y su participación en el entorno Positivas, considero que hacen faltan recursos y continuidad en los proyectos Que a través de estas visitas se acercan más a la problemática Sirven de apoyo a las familias y a los limitados para manejar su problemática

Orientan y apoyan el consejo de discapacidad local				Faltan recursos, corresponsabilidad y planes locales
Programas que maneja el Hospital Centro Oriente				Los recursos son mínimos para involucrar mayor población
Proyecto para identificación de las personas con discapacidad y diagnóstico				Deberían extenderse a todos los discapacitados
Proyecto 7015, integración en salud				Son apenas inicios de lo que se puede hacer, no existe orientación
Se está en una parte diagnóstica				Son muy lentas
Visita a personas, orientaciones para su salud				Ampliación del COL para atender personas con discapacidad
Visitas domiciliarias				

* Plan de Atención Básico

**Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria

El sector salud es el más reconocido en acciones desarrolladas hacia la población con discapacidad. Los participantes destacan actividades del Plan de atención básica, visitas a personas con discapacidad, grupos formados e informados, asesoría domiciliaria, diagnóstico, Rehabilitación integral con participación comunitaria, Rehabilitación basada en la comunidad, capacitación, terapias, orientación y apoyo al consejo local de discapacidad.

Las acciones en salud se consideran positivas ya que satisfacen necesidades de la persona con discapacidad y se constituyen en una buena alternativa para que las personas con discapacidad y sus familias se sientan apoyadas y exista mayor acercamiento a su problemática. Además, intentan dar una visión más integral de la persona con discapacidad y sus posibilidades de participación. A pesar de esto, se espera mucho más del sector, manifestando que debe haber una asignación mínima de recursos para extender los servicios a una mayor parte de la población. Por otro lado, se expresa la falta de corresponsabilidad y de planes locales y se indica que las actividades que realiza actualmente el sector son apenas inicios de lo que se puede hacer.

- Pregunta 11 *¿La localidad cuenta con acciones de recreación y/o deporte en las cuales pueden participar las personas con discapacidad?*

Se indaga el conocimiento y opinión de los miembros de los consejos participantes hacia las actividades de recreación y deporte dirigidas a las personas con discapacidad.

Tabla 14. Existen ayudas para la integración recreodeportiva de la persona con discapacidad

Si	Cuáles	No	Ns	Nr	Opinión
10	Apoyo en las instituciones locales IDRDR * IDRDR, IDCT** IDRDR- oficina de planeación de la alcaldía local Jornadas recreodeportivas Las desarrolladas por el IDRDR y proyecto de la Unidad Ejecutiva Local (UEL) de la Alcaldía Local No conozco la totalidad de actividades que se proponen desarrollar en el presente año Proyecto olimpiadas deportivas con personas con discapacidad Semana de la discapacidad Un proyecto para sordos	3	2	0	Son un medio que sirve para la integración y formación de las personas con discapacidad con la comunidad Son buenas en el sentido de bienestar, pero se deja de lado la integración Creo que toca enfocarla hacia una competitividad y cobijar más población que la cautiva Debe haber mayor compromiso con el IDRDR Entiendo que en un tiempo se realizaban campeonatos pero eso no se volvió a realizar Falta integración de sectores Que deben ser permanentes y para todos los discapacitados Que se atiende a la gente institucionalizada pero falta favorecer a la población flotante Se inician pero falta seguimiento y continuidad Son acciones a través del IDRDR una o dos veces al año, no hay continuidad, no hay escuelas deportivas Son lentas

*Instituto Distrital de Recreación y Deporte

**Instituto Distrital de Cultura y Turismo

Diez personas manifiestan conocer el desarrollo de actividades de integración recreodeportiva en las localidades participantes. Se identifican el IDRDR y el IDCT como instituciones que fomentan la integración deportiva, así como proyectos generados desde las localidades. De manera contraria, tres personas indican que no hay acciones de integración recreodeportiva y dos personas desconocen si se realizan.

Las *opiniones* señalan que las actividades deportivas permiten el bienestar, la formación e integración de las personas. A pesar de esto, se considera que deben tener mayor divulgación e integración de los sectores. Debe haber compromiso con el IDR, permanencia, seguimiento y continuidad en los proyectos, que a su vez deben ser dirigidos a todos los tipos de discapacidad, vinculando no solo a la población institucionalizada.

- Pregunta 12. *¿Hay en la localidad programas culturales donde las personas con discapacidad puedan participar?*

Se indaga el conocimiento de los participantes hacia las actividades que desarrolla el sector cultura y a las que pueden acceder las personas con discapacidad.

Tabla 15. Existen ayudas para la integración cultural de la persona con discapacidad

Si	Cuáles	No	Ns	Nr	Opinión
11	A través del IDCT Cines, pero específicos para las personas con discapacidad no Conciertos y presentaciones teatrales Fundación FE – Villemar IDCT IDCT, IDR Las actividades culturales de la localidad Recreación Las programadas en la casa de la cultura que permiten la participación de toda las personas Los programados en casa de la cultura y escuelas de formación Programas con el SENA y de educación	1	3	0	Ayudan a generar una visión positiva y de apoyo personal Permiten la socialización Positivo, buscan la integración Son buenos para reforzar la autoestima Existen varios programas que la comunidad discapacitada no aprovecha La participación no es muy abierta para personas con discapacidad Que deben tener mayor divulgación Que todas están abiertas a toda la población sin discriminación Se debe implementar y organizar la participación Son lentas

Once participantes manifiestan su conocimiento hacia actividades de integración del sector cultura, mientras que tres personas expresan desconocimiento y una indica que no existen este tipo de actividades. Se conocen las actividades culturales realizadas por el

IDCT, el IDRD, las casa de la cultura de Fontibón, la fundación FE y las planeadas conjuntamente entre el SENA y educación.

Las *opiniones* positivas refieren que las acciones del sector cultura favorecen una visión positiva de las personas con discapacidad, permiten la socialización y refuerzan su autoestima. De otro lado, se reclama su implementación y mayor divulgación, para lograr que por medio de la participación, las personas aprovechen los diferentes programas que se ofrecen. Un punto a destacar es que, como lo señala una de las opiniones, las actividades programadas en torno a la cultura están abiertas a toda la población con y sin discapacidad y es un punto básico de participación e integración, desde que existan los apoyos necesarios.

Fase II. Confirmación y profundización del contenido de la representación.

De manera seguida se presenta la transcripción textual de segmentos de los grupos focales categoría integración, los segmentos se seleccionaron y se ubicaron en siete subcategorías.

Cuadro 16. Categorización grupos focales – integración, subcategoría ámbitos y actividades de integración

Subcategoría: Ámbitos y actividades de integración
<p>“UNA OPCIÓN [DE ENTENDER LA INTEGRACIÓN] ES QUE TODOS ESTEMOS REALIZANDO ACTIVIDADES, ACTIVIDADES CULTURALES, JUNTOS, SIN QUE HAYA UNA DISCRIMINACIÓN”.</p> <p>“...UNOS QUE SON LOS ENCUENTROS CIUDADANOS, LAS FORMAS DE INTEGRACIÓN CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. OTROS SON LOS ESPACIOS QUE SE ESTÁN ABRIENDO EN DIFERENTES SITIOS”.</p> <p>“...POR EJEMPLO, COMO UNO QUE ESTÁN HACIENDO UNOS MUCHACHOS EN EL SENA, SE ESTÁN CAPACITANDO DE UNA FORMA INTEGRAL, OTRO LUGAR QUE ES UN LUGAR ABIERTO AQUÍ EN FONTIBÓN TENEMOS LA CASA DE LA CULTURA QUE NO ES SÓLO PARA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, SINO PARA LA POBLACIÓN QUE QUIERA LLEGAR SEA NIÑOS O ADULTOS”.</p> <p>ESTAMOS FAMILIARIZÁNDONOS CON TODO EL PROCESO, IGUAL APRENDIENDO Y RECIBIENDO Y CONOCIENDO, PERO PIENSO QUE ESTAMOS CORTOS EN EL PROCESO DE DECIR ESTO ES INTEGRACIÓN HACIA CUALQUIER SERVICIO, HACIA CUALQUIER EVENTO, HACIA CUALQUIER CIRCUNSTANCIA. ES DIFÍCIL PORQUE IGUALMENTE A VECES SE QUEDA EN PERSONAS, ESTAMOS HABLANDO MÁS DE INTEGRACIÓN. NOS FALTA MUCHO EN EL PROCESO, INCLUSO HAY MÁS DEFICIENCIAS QUE FORTALEZAS.</p>

Existen espacios de integración en las localidades en los cuales las personas con y sin discapacidad pueden realizar actividades de manera conjunta, sin embargo, los procesos de integración cuentan aun con falencias.

Cuadro 17. Categorización grupos focales – integración, subcategoría necesidades básicas a solventar

Subcategoría: Necesidades básicas a solventar
<p>“NO SABEN QUE TENEMOS LAS NECESIDADES QUE TIENE TODO EL MUNDO DE TRANSPORTARSE, DE COMER, DE TODO, DE CAPACITARSE”.</p> <p>“SE NECESITA EDUCACIÓN. LAS PERSONAS NO ESTAMOS PREPARADAS SE NECESITA EDUCACIÓN Y ENTRE SI LOS DISCAPACITADOS PARA UNA IGUALDAD”.</p> <p>“QUE REALMENTE EL GOBIERNO TRABAJE POR BRINDAR TRABAJO A LA GENTE Y NO QUE LE DÉ PROGRAMITAS DE LIMOSNA Y DE COSAS SINO REALMENTE TRABAJO Y EDUCACIÓN. ERA LO QUE HABLÁBAMOS HACE POCO, ESAS SON LAS DOS BASES PARA QUE REALMENTE LA GENTE PUEDA SALIR ADELANTE, PERO SI NO TENEMOS NOSOTROS MISMOS CONCIENCIA NO RECLAMAMOS Y SI NO RECLAMAMOS, NO NOS DAN”.</p> <p>PERO SE NECESITA UN RUBRO, PORQUE CON SOLO PALABRAS, SOLO PROGRAMAS Y AGUAS TIBIAS NO SE PUEDE SOLUCIONAR. A LA GENTE HAY QUE DARLE HERRAMIENTAS, A LA GENTE HAY QUE DARLE CULTURA, HAY QUE DARLE EDUCACIÓN.</p> <p>AQUÍ NOS DIERON SÓLO DEPORTE, Y SI VEMOS LA PARTE DE PRIORIDAD AQUÍ DE LO LOCAL NO ES EL DEPORTE, LA PRIORIDAD YO CREO QUE DE LA MAYORÍA ES LA PARTE LABORAL, DE SOSTENERSE, DE SER DE BUSCAR ESO, PERO SI SEGUIMOS HACIENDO COMO LOS PROYECTOS DE QUE VAMOS A HACER SÓLO DEPORTES PARA LA POBLACIÓN PUES LAMENTABLE, YO NO SOY DEPORTISTA, MI PRIORIDAD Y LA DE OTROS ES SOSTENER A LA FAMILIA.</p> <p>CON EL PROBLEMITA DE POBLACIÓN VULNERABLE, VAMOS A TENER SOLO SALUD Y RECREACIÓN Y NO VAMOS A SALIR DE AHÍ, SÓLO, NO MÁS, POR EL PROBLEMITA DE LA PALABRA VULNERABLE, SOLO POR LA PALABRITA</p> <p>LO QUE MÁS NECESITAMOS ES INTEGRARNOS COMO SERES HUMANOS, CON CALIDAD Y NO ES QUE NOS DEN LO QUE LES PAREZCA: “ENTONCES, DÉMOSLE UN POCO DE DEPORTE PARA QUE NO CANSEN” Y COMO QUE CON ESO Y CON DECIR DEPORTE Y HACER EVENTOS QUE TAMPOCO SON DEPORTE, HACER EVENTOS PARA MOSTRAR QUE NO ES FORMACIÓN DEPORTIVA NI NADA, ES UNA BURLA... ME PARECE QUE EN DETERMINADO MOMENTO ES UNA BURLA CONTRA LAS PERSONAS LLEVARLA A PARTICIPAR EN ALGO PARA LO QUE NO ESTÁN PREPARADAS Y “HACER EL OSO” Y NO ENSEÑARLE A HACER LAS COSAS CON CALIDAD.</p>

Existe una serie de necesidades básicas que la población con discapacidad debe suplir por medio de las actividades de integración; no obstante, estas no han priorizado la atención a las necesidades laborales y de educación que reclama la población, sino se percibe que hay mayor desarrollo de actividades que se considera no son prioritarias como es el caso de deporte y salud. Adicionalmente, se reclama la calidad de las actividades de formación deportiva.

Cuadro 18. Categorización grupos focales – integración, subcategoría instituciones y funcionarios

Subcategoría: Instituciones y funcionarios
<p>YO CREO QUE LA INTEGRACIÓN VIENE EN EL SENTIDO DE PODER TRABAJAR EN FORMA COORDINADA TANTO CON LAS INSTITUCIONES, COMO CON LAS PERSONAS REPRESENTANTES POR CADA UNA DE LAS DISCAPACIDADES, ¿CON QUÉ OBJETO? CON EL OBJETO DE IR TODOS PARA UN MISMO LADO, CON EL OBJETO DE TRABAJAR POR UNA POBLACIÓN QUE REALMENTE ES UNA POBLACIÓN BASTANTE VULNERABLE Y POR LA CUAL DE UNA U OTRA MANERA PODEMOS HACER ALGO PRODUCTIVO.</p> <p>LAS INSTITUCIONES LO QUE HACEMOS SON ACTIVIDADES PUNTUALES, DESDE LA MISMA INSTITUCIÓN, Y DESDE EL MISMO SERVICIO.</p> <p>SI HAY VARIAS INSTITUCIONES, SI HAY, PERO EL PROBLEMA ES QUE ES A NIVEL GENERAL HAY MUCHÍSIMOS DISCAPACITADOS.</p> <p>CUANDO NOSOTROS NOS CONVERTIMOS COMO EN, ENTRE COMILLAS, “SALVADORES” ESTAMOS GENERANDO UNA DIVISIÓN.</p> <p>ENTONCES PUES ESO LES QUIERO CONTAR, PUES LAS VENIDAS AQUÍ, QUE ME COGIERON ASÍ: “TIENE QUE IR A DISCAPACIDAD” YA COMO QUE UNO EMPIEZA A CONCIENTIZARSE, EMPIEZA A CONOCER, A DARSE CUENTA QUÉ SE PUEDE HACER AQUÍ Y ESTAMOS COMENZANDO POR AHÍ.</p> <p>“HEMOS SALTADO DE SER INSTITUCIONES EL DABS, ICBF A SER XX, XX Y PIENSO QUE AHÍ ES LO QUE NOS PERMITE SALIRNOS DEL FUNCIONARIO Y DECIR ES POR AQUÍ POR DONDE NOS PODEMOS IR Y CUANDO SALIMOS DE AHÍ PODEMOS DECIRLE A LA PERSONA: “OIGA QUE ES LO QUE NECESITAMOS HACER”...”.</p> <p>CUANDO LLEGA UNA PERSONA QUE HA SUPERADO LOS LÍMITES DE LA DISCAPACIDAD PARA ENTRAR EN LA INTEGRACIÓN COMO TAL, ELLOS NO SON CAPACES DE ACCEDER A NINGÚN PARÁMETRO ENTONCES LO HABLAN TODO EN TEORÍA, USTEDES SE SABEN TODA LA TEORÍA PERO NO ACEPTAN A UNA PERSONA EN LA REALIDAD.</p>

La integración corresponde a acciones que deben trabajarse conjuntamente entre las instituciones y los representantes de discapacidad, aunque se encuentran tres vacíos, por un lado, solo acciones específicas que desconocen la realidad económica y educativa de las personas de las personas para poder acceder a estos servicios, realizan y por otro lado, la proporción de personas con discapacidad supera las proyecciones de las instituciones.

En cuanto a los funcionarios, su participación se da por delegación, lo que implica que no necesariamente maneje el tema de discapacidad, por lo cual llega a aprender del tema. Para poder ver la realidad de las personas se propone salir de la investidura de funcionario y acercarse a las personas con discapacidad, superando la teoría y la posibilidad de ser visto como “salvador”.

Cuadro 19. Categorización grupos focales – integración, subcategoría sensibilización

Subcategoría: Sensibilización
<p>ES UNA FALENCIA, LO ENCUENTRO YO QUE MANEJO 10 CONSEJOS, QUE EL PERSONAL DE LAS INSTITUCIONES, LAS PERSONAS QUE REPRESENTAMOS, QUE ESTAMOS DE PRONTO FUNCIONANDO EN LA ALCALDÍA, SOMOS LAS MENOS SENSIBILIZADAS FRENTE AL TEMA. SUPUESTAMENTE ESTAMOS GENERANDO CAMBIO Y DISCUTIENDO POLÍTICAS DISTRITALES DE DISCAPACIDAD SENTADOS EN UNA MESA, O CUANDO SE NECESITA UN APOYO DEL ALCALDE, O DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN ESA INSTANCIA PUES NO SE CUENTA, PORQUE NUNCA SE HA TRABAJADO CON ELLOS.</p> <p>A NIVEL INSTITUCIONAL EL IDR D MANEJA UNA ACTIVIDAD LLAMADA LOS SEMILLEROS DE SENSIBILIZACIÓN. HEMOS ENCONTRADO UNA FORTALEZA, PORQUE ESOS SEMILLEROS SON PARA LA COMUNIDAD EN GENERAL, PARA LOS PADRES DE FAMILIA.</p> <p>“...COMO QUE ESA SENSIBILIZACIÓN NO SE HAGA COMO SIN LOS INTERESADOS REALES QUE NO SEA COMO TAN FELIZ, TAN PLANO PASAMOS UNA PELÍCULA Y DECIMOS: “OIGA TAN CHÉVERE ESO QUE HACEN LOS GRINGOS, COMO HAY DE GENTE QUE SE PREOCUPA Y NO SE QUÉ”. PERO, SIN EMBARGO, SALIMOS DE ACÁ Y “LE ESCUPIMOS A LA CARA AL OTRO”. ES DECIR, YO DIGO PARA QUÉ SE PONEN A PERDER EL TIEMPO EN ESO, OIGA VENGA SENSIBILICÉMONOS, NO SENSIBILÍCESE SINO SENSIBILICÉMONOS”.</p> <p>“ENTONCES HAY QUE SENSIBILIZAR QUE SEA CON NOSOTROS, SIEMPRE CON LOS SECTORES HACIA LOS CUALES SE QUIERE SENSIBILIZAR”.</p> <p>“NOS HEMOS ACERCADO COMO PARA DISFRUTARNOS ESTE MOMENTO, ENTONCES ESO QUIERO DECIR QUE NOS HEMOS SENSIBILIZADO UN POQUITO MÁS Y QUE ESO YA ES UN CAMBIO”.</p> <p>“OTRA DE LAS FORMAS QUE PODRÍAMOS TRABAJAR DESDE EL CONSEJO LOCAL Y QUE FUE MUY BIEN RECIBIDO ES UNA SENSIBILIZACIÓN EDUCATIVO CULTURAL DONDE PODAMOS JUNTAR O AGRUPAR A LAS PERSONAS, DESDE EL MOTIVO CULTURAL, DESDE UN BAILE, DESDE UNA VELADA, UN CANELAZO. Y DESDE AQUÍ COMENZAR A TRABAJAR LOS CONCEPTOS DE LA DISCAPACIDAD Y LA SENSIBILIDAD FRENTE A LA DISCAPACIDAD”.</p> <p>YO SIEMPRE HE DICHO, POR QUÉ NO SE HACEN UNOS TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN HACIA LA MISMA POBLACIÓN, QUE BUSQUEN COMO, O SEA SE HACEN COMO A LOS CUIDADORES O A ESTOS, ¿SI? Y LA MISMA POBLACIÓN ¿QUÉ?, O SEA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD FÍSICA O AUDITIVA O VISUAL, HABLO POR ESTAS PORQUE NO SÉ MUY BIEN LO DE DISCAPACIDAD MENTAL, SON LOS DIRECTAMENTE AFECTADOS.</p>

La participación en los consejos locales ha fomentado la sensibilización de los representantes hacia el tema de la discapacidad. De otro lado, se encuentra la necesidad de sensibilizar tanto a los funcionarios de las instituciones que se considera es el menos sensibilizado, como a las personas con discapacidad; estas actividades deben hacerse con la asistencia conjunta de los dos grupos.

Cuadro 20. Categorización grupos focales – integración, subcategoría oportunidades para la integración

Subcategoría: Oportunidades para la integración
<p>“YO HE ESTADO MUY DE CERCA CON POBLACIÓN DISCAPACITADA, Y AQUÍ PARTICULARMENTE SI HE VISTO LA NECESIDAD DE DAR LA OPORTUNIDAD, AUNQUE ESTÁN LOS ESPACIOS, AUNQUE ESTÁN LAS INSTITUCIONES LAS PERSONAS, O SEA, NO HAY UNA FORMA PARA QUE ESAS INSTITUCIONES SE ABRAN A LA COMUNIDAD”.</p> <p>“PIENSO YO QUE SI NOSOTROS TENEMOS LA MISMA OPORTUNIDAD DE TRABAJAR COMO LAS PERSONAS SIN DISCAPACIDAD NOS VAMOS A SENTIR MEJOR. PERO COMO NO TENEMOS ESA OPORTUNIDAD, ENTONCES NOSOTROS NOS SENTIMOS MAS BAJO”.</p> <p>“YO PIENSO QUE NO SOLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD, HAY QUE AGRUPAR A LOS MISMOS DISCAPACITADOS Y CREARLES CONCIENCIA A ELLOS MISMOS QUE ELEVEN SU AUTOESTIMA Y QUE MIREN SU DISCAPACIDAD NO COMO UNA LIMITACIÓN TOTAL PARA HACER LAS COSAS, SINO QUE TAMBIÉN TIENEN OTRAS POSIBILIDADES Y A LA FAMILIA, AL DISCAPACITADO Y A LA FAMILIA SE LE DEBE HACER VER LAS OPORTUNIDADES Y OFRECERLES ALTERNATIVAS REALES, PORQUE NO NOS PODEMOS QUEDAR SOLO EN EL DISCURSO SINO TAMBIÉN EN ACCIONES”.</p> <p>“HABRÍA QUE IDEAR UNA ESTRATEGIA PARA QUE EL MISMO GOBIERNO, AUNQUE YA ESTÁ ESCRITO, CUMPLA CON LAS LEYES QUE HAN ESCRITO, QUE HAN ESTABLECIDO EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD, PARA QUE SE CUMPLA PORQUE LEYES ES LO QUE TENEMOS EN COLOMBIA PERO NO LAS CUMPLIMOS”.</p> <p>ENTONCES YO PREFIERO QUE SE DIGA: BUENO EL MUCHACHO TIENE UNA DISCAPACIDAD A QUE SE DIGA NO SE SABE QUE ES LO QUE TIENE ENTONCES NO TIENE APOYO DE NADA O NO NECESITA DE NADA.</p> <p>PARA UNO ES MUY DIFÍCIL IR A RECONOCER LEGALMENTE POR QUÉ PIDEN PRELACIÓN PARA ESA PERSONA CON RESPECTO A OTRA, ENTONCES POR QUÉ NO LO DEJA IGUALAR, ENTONCES POR QUÉ NO LE DEJA IGUALAR LO MISMO QUE LOS DEMÁS.</p>

Las instituciones se deben abrir a las personas con discapacidad y ofrecer oportunidades laborales a ellas y a sus familias, que finalmente son acciones que deben asumir entidades del gobierno. Así no se considere conveniente, se debe reconocer cuál es la población con discapacidad para que se haga beneficiaria de las acciones proyectadas por lo diferentes sectores.

Cuadro 21. Categorización grupos focales – integración, subcategoría participación

Subcategoría: Participación
<p>“PUEDE PARTICIPAR, PUEDE SER AUTÓNOMO IGUAL QUE CUALQUIER OTRA PERSONA, SOLAMENTE ES IDENTIFICADO O CONCEBIDO COMO UNA CONDICIÓN DE VIDA DIFERENTE, PERO ESO NO LO HACE DIFERENTE PARA PODER PARTICIPAR EN LOS MEDIOS SOCIALES, ECONÓMICOS, A LOS CUALES TIENEN DERECHO UNA PERSONA”.</p>

[...] PORQUE NOSOTROS EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO QUE ESTAMOS REALIZANDO SE HA PRESENTADO MUCHA DIFICULTAD EN CUANTO A AQUELLAS PERSONAS QUE NO PARTICIPAN Y NO SE COMPROMETEN A DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES POR EL HECHO DE QUE NO HAY BUSES, NO HAY REFRIGERIOS, NO HAY COSAS PARA REGALARLES Y ESO OCURRE MUCHO”.

“...YO QUE TRABAJO CON LOS CUIDADORES, COMO MÁS O MENOS CIEN DISCAPACITADOS. ELLOS INICIALMENTE SE SENTABAN A ESPERAR A LLAMAR UNA LISTA Y A QUE LES DIERAN UNA CHARLA, PERO NO HABÍA ESA CONCIENCIA DE PARTICIPAR, DE DECIR MUESTRE QUÉ NECESIDADES, NI SIQUIERA SE MIRABAN UNOS CON OTROS NI SE COMENTABAN LAS NECESIDADES. ESA ES UNA FORMA DE DEMOSTRAR CÓMO SIEMPRE ESPERAMOS QUE OTROS NOS DIGAN VENGA Y SE CAPACITA, VENGA TRABAJAN, VENGA, USTEDES SON CAPACES”.

[LAS INSTITUCIONES] “...NO TENEMOS EN CUENTA LOS FACTORES DE TIPO ECONÓMICO, EDUCATIVOS, PARA QUE ESTOS PROGRAMAS DE PARTICIPACIÓN REALMENTE SE DEN”.

“POR EJEMPLO, EN EL PROGRAMA DE LOURDES HAY 200 DISCAPACITADOS ¿SI? PERO NUNCA ELLOS HAN DICHO: BUENO, REUNÁMONOS LOS CIEGOS, O REUNÁMONOS LOS SORDOS O REUNÁMONOS LOS OTROS A VER QUÉ DERECHOS TENEMOS Y QUÉ PODEMOS HACER POR NOSOTROS Y EN QUÉ NOS PUEDE APORTAR EL GOBIERNO”.

“REFERENTE A LO QUE DECIMOS QUE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO SE INTEGRA A LOS PROCESOS Y DEMÁS, YO PENSABA QUE ERA LA DISCAPACIDAD NO MÁS, PORQUE A MI ME TOCABA SER LA REFERENTE DE DISCAPACIDAD Y SÓLO TRABAJABA DISCAPACIDADES. [...] AQUÍ EN LA LOCALIDAD A LAS PERSONAS EN GENERAL HAY QUE MOTIVARLAS PARA QUE PARTICIPEN EN LOS PROCESOS, PARA QUE VEAN LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL”.

“LO DIFÍCIL AQUÍ PARA PODER PLASMAR Y LOGRAR UNA VERDADERA COMUNICACIÓN ES CÓMO ACCEDER Y CÓMO CONVENCER TANTO A LAS INSTITUCIONES COMO A LAS MISMAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A QUE PARTICIPEN DE ESOS PROCESOS”.

“ES BUSCAR QUE LA MISMA POBLACIÓN SE APERSONE DE LA DISCAPACIDAD”.

Se reconoce que la población con discapacidad es pasiva y no participa a no ser que tenga un beneficio tangible, se le obsequien cosas. La falta de participación parecer ser una característica de otros grupos no solo de las personas con discapacidad. Una tarea a realizar es convencer a la población y a las instituciones para lograr la participación.

Cuadro 22. Categorización grupos focales – integración, subcategoría papel del consejo de discapacidad

Subcategoría: Papel del consejo de discapacidad

EL PAPEL DEL CONSEJO: EL PROMOVER EN LOS MISMOS DISCAPACITADOS UNA MAYOR CONCIENCIA Y EN LA MISMA COMUNIDAD, Y PROMOVER. ESPACIOS DE CONCIENCIACIÓN, DE REFLEXIÓN EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN PARA QUE REALMENTE SE LOGRE ESA EXIGENCIA AL GOBIERNO DE MEJORES OPORTUNIDADES.

PARA DECIR PODEMOS INTEGRAR LO SUFICIENTEMENTE, INDEPENDIENTEMENTE SI ES DE DISCAPACIDAD O NO, HAY DISCUSIONES A TODO NIVEL QUE TIENE QUE SER EL CONSEJO DE DISCAPACIDAD, QUE TIENE QUE HABER UN GRAN CONSEJO COMO LA RED DEL BUEN TRATO.

“EMPECEMOS POR CONVENCERNOS NOSOTROS MISMOS QUE ESTO VALE LA PENA PELEARLO PORQUE SI NO FÁCILMENTE A CUALQUIER DIFICULTAD SE VA A SALIR CORRIENDO Y VAMOS A DESERTAR, PERO SI ESTAMOS CONVENCIDOS DE QUE SE PUEDE LOGRAR ALGO Y DE QUE HAY UNOS DERECHOS QUE HAY QUE RESCATAR Y QUE EL GOBIERNO TIENE OBLIGACIÓN DE DESTINAR PRESUPUESTOS Y CUMPLIR CON UNOS PROYECTOS QUE ELLOS MISMOS HAN PROPUESTO”.

La tarea del consejo en cuanto a la integración, corresponde a la promoción de espacios de concientización y reflexión para exigir oportunidades, así como debe incentivar la lucha por los derechos de la población.

De acuerdo a los datos de la categorización de los items 7 a 12 del cuestionario, y la categorización del corpus de los grupos focales, se presenta en el cuadro 23 la síntesis de los resultados de la categoría integración.

Cuadro 23. Síntesis de los resultados de la categoría integración

Las instituciones y las ONG desarrollan actividades a través del consejo local de discapacidad, asociaciones, redes e instituciones locales para la *integración social* de las personas con discapacidad en las familias y la comunidad. No hay claridad en la participación del círculo de amigos en actividades de integración.

Se están desarrollando actividades de *integración educativa* en las localidades, llevada a cabo por los colegios, escuelas, las ONG, el SENA, el ICBF e instituciones de orientación, apoyo y diagnóstico.

Se tiene poco conocimiento sobre de las acciones de *integración vocacional y/o laboral* en las localidades o se menciona que no existen. Se señalan algunas entidades como la Fundación Granahorrar, los Centros Operativos Locales (COL) del Bienestar Social (DABS), el Hospital Centro Oriente, Villemar, la Fundación FE y el SENA como instituciones que favorecen este tipo de integración.

El *sector salud* es el más reconocido en acciones desarrolladas hacia la población con discapacidad. Se destacan las actividades desarrolladas desde el Plan de Atención Básica, grupos formados e informados, asesoría domiciliaria, diagnóstico, Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria, Rehabilitación Basada en la Comunidad, capacitación, terapias, orientación y apoyo al consejo local de discapacidad.

Se identifican el IDR y el IDCT como instituciones que fomentan la *integración recreodeportiva*, así como se mencionan proyectos generados desde las localidades. Hay actividades como las desarrolladas por el sector cultura, que se destinan a toda la población y de las cuales pueden disfrutar también las personas con discapacidad.

Se conocen las actividades culturales realizadas por el IDCT, el IDR, las casa de la cultura de Fontibón, la fundación FE y las planeadas conjuntamente entre el SENA y educación.

Las *opiniones positivas* hacia los diferentes procesos de integración desarrollados por los distintos sectores, las consideran como mecanismos de apoyo necesarios para las personas con discapacidad y sus familias; permiten un mayor acercamiento a su problemática y favorecen una visión positiva de las personas con discapacidad. Por otro lado, refuerzan la seguridad de la persona para interactuar con otros, les ayuda a formarse y a sentirse productivos, proporcionando una visión más integral de la persona con discapacidad y de sus posibilidades de participación. Por lo tanto brindan bienestar, socialización y refuerzan la autoestima de las personas.

Las *opiniones negativas* indican que aunque se realicen las actividades de integración, debe existir una mayor articulación y fortalecimiento de estas, ya que no han sido implementadas completamente. Asimismo, estas

actividades deben multiplicarse y guardar permanencia y continuidad. Se espera mucho más de los diferentes sectores, entre los cuales falta integración y corresponsabilidad. Finalmente, se espera mayor divulgación para que las personas aprovechen los programas que se ofrecen, los cuales se deben dirigir a todos los tipos de discapacidad, vinculando no solo a la población institucionalizada.

En cuanto a los *ámbitos y las actividades de integración* mencionados en los grupos focales, se encuentra dinámica en la integración de las personas en los diferentes sectores: se llevan a cabo visitas, se ejecutan programas, se generan acciones, proyectos, apoyos, actividades de orientación, y se favorece la participación de la población, pero al mismo tiempo, esta dinámica es la que exigen los participantes que sea fortalecida por las instituciones que lideran cada uno de los sectores. Aunque se reconoce que estos procesos cuentan aún con falencias, , por otro lado, la integración se queda en personas, mas que en instituciones. .

Hay *necesidades básicas que la población necesita solventar* por medio de la integración, que debe ir más allá de las acciones en salud y recreación y deporte. Los sectores no ha priorizado la atención a las necesidades laborales y de educación que reclama la población, sino se percibe que hay mayor desarrollo de actividades que consideran no son prioritarias como es el caso de salud y deporte, que no siempre se prestan con calidad. Para esto, se deben asegurar los recursos.

La integración es un trabajo coordinado entre las instituciones y los representantes de las personas con discapacidad en espacios de integración como los ofrecidos por las localidades, en muchos casos las instituciones hacen solo actividades puntuales y se desconocen.

En cuanto a los *funcionarios*, su participación se da por delegación, lo que implica que no necesariamente maneje el tema de discapacidad, por lo cual llega a aprender del tema. Para poder ver la realidad de las personas se propone salir de la investidura de funcionario y pensar al nivel de las personas con discapacidad, superando la teoría y la posibilidad de ser visto como salvador. Los funcionarios asisten a los consejos locales por delegación y aprenden sobre discapacidad en el mismo consejo. Cuando la población los ve como “salvadores” se genera una separación con la población. Su delegación debe ir más allá del funcionario y más allá de la teoría.

El personal de las instituciones es el menos *sensibilizado* hacia la discapacidad, sin embargo, desde el consejo local se puede hacer una sensibilización educativo cultural que vincule a la población con discapacidad. Además, la misma población requiere ser sensibilizada frente a su condición.

Las instituciones se deben abrir a las personas con discapacidad y ofrecerles *oportunidades* laborales a ellas y a sus familias, para elevar su autoestima. Aunque no se considera siempre conveniente, se prefiere la identificación de la población con discapacidad para que sea beneficiaria de apoyos a que sean desconocida. El ser sujeto de beneficios hace parte del cumplimiento de las leyes por parte del gobierno.

Hay *pasividad* entre la población con discapacidad para participar, lo cual al parecer es un problema de otros grupos sociales. Si bien la participación es un derecho, las personas participan solo si reciben obsequios. Es necesario convencer a la población y a las instituciones a la participación. Una tarea a realizar es convencer a la población y a las instituciones para lograr la participación.

La *labor del consejo de discapacidad con respeto a la integración* es la promoción de espacios de concientización y reflexión para exigir oportunidades. En el consejo debe haber convencimiento que vale la pena luchar por rescatar unos derechos.

Gráfico 5. Síntesis de los resultados categoría integración



4.2.4 Categoría trato hacia las personas con discapacidad. La categoría tres explora las conductas que los participantes, a su juicio, consideran son asumidas actualmente y deben ser asumidas a futuro por parte de la familia, la comunidad, los funcionarios y la sociedad en general, cuando se establece contacto con las personas con discapacidad. Los resultados surgen de las preguntas 13 a 18 del cuestionario y de las preguntas de los grupos focales relacionadas con la categoría.

- *Pregunta 13. Mencione tres formas como crea que deben ser tratadas las personas con discapacidad.*

La pregunta indaga sobre las conductas a ejercer cuando se tiene contacto con las personas con discapacidad. Las respuestas se categorizaron de la siguiente forma:

- a. Igualdad de condiciones y participación: se resalta un trato justo y equitativo para la población con discapacidad.
- b. Oportunidades y apoyo: se destacan prácticas que favorecen la participación e integración de las personas con discapacidad, desde los diversos sectores de atención.

Tabla 16. Trato propuesto hacia las personas con discapacidad

Trato propuesto	Respuestas
Igualdad de condiciones	Con respeto (8) Naturalmente (5) Como seres humanos con capacidades y potencialidades (4) Amor (2) Con cariño y paciencia (2) Con cordialidad (2) Sin consideración asco o miedo (2) Con cumplimiento de la norma Con familiaridad Como persona de derechos Con sinceridad Motivación Reconocimiento Valor
Participación- oportunidades- apoyo	Apoyo en instituciones que ayuden a manejar la discapacidad Atención médica y de rehabilitación Colaborar para que asistan a actividades de socialización y cultura Con oportunidades laborales, artísticas y culturales Con posibilidades de participación Depende del tipo de discapacidad y si requiere adaptaciones Integrados a los procesos de su entorno Posibilitarles un empleo Subsidio especial

La primera categorización propuesta que contiene un mayor número de términos, visibiliza a la persona con discapacidad como un ser de derechos. Se presentan de manera más representativa expresiones de amor, respeto, cordialidad, cariño y reconocimiento de su condición de seres humanos, por otro lado, se invita a ejercer un trato normal, con motivación y sin temor.

La segunda clasificación presenta contenidos relacionados con la participación y la garantía en la prestación de apoyos por parte de distintos sectores: se sugiere atención médica y de rehabilitación, trabajo, socialización, cultura, subsidio y facilitar la participación y la integración al entorno. Lo anterior permite concretar el trato en igualdad de condiciones y reconocer a las personas con discapacidad como verdaderos sujetos de derechos.

- Pregunta 14. *¿Cree usted que existe diferencia entre el trato que reciben y el que realmente deben recibir las personas con discapacidad dentro de los siguientes grupos?: Familia – comunidad - funcionarios prestadores de servicios en discapacidad.*

La pregunta explora si las conductas hacia las personas con discapacidad varían entre el cómo deben darse y el cómo se están dando realmente en los grupos mencionados. La tabla 18 presenta cada uno de los grupos, la respuesta afirmativa o negativa y la correspondiente explicación a la respuesta.

Tabla 17. Hay diferencia en el trato que reciben y deben recibir las personas con discapacidad por parte de la familia, la comunidad y los funcionarios

Grupos	Si	No	Nr	Por qué
Familia	13	0	2	Carga para la familia En ocasiones por sobreprotección y otro por relegarlos u ocultarlos Existe una construcción social frente a la historia de la enfermedad La familia se vuelve protectora, agresiva o abandona Maltrato en la familia Se marginan y limitan más Aunque cuenten con afecto hace falta más apoyo Con comprensión Con naturalidad y aceptarlas Depende del grupo familiar están de las dos formas
Comunidad	14	1	0	Desconoce cómo tratarlos Es ajena a la problemática Se ve como el superior o el inferior Mucha discriminación No conocen sus capacidades No hay programas ni grupos de apoyo No los respeta y no les da el valor que tienen No permiten o facilitan la integración No son observados como parte integral de la comunidad Observarlos como personas ajenas y extrañas Se desconocen sus derechos No lo he visto, buen trato
Funcionarios	9	3	3	Discriminación El recurso humano institucional es poco En ocasiones no tiene respuesta en cuanto a rehabilitación funcional Hacen labores paliativas no reconocen directamente la población solo desde la institución No existe capacitación para estos funcionarios en esta área Preferencialmente Se cumple solo con la función institucional Selectivos por favoritismos con ciertos limitados Saben cómo hacerlo Sensibilidad y compromiso Los tratan bien y se hacen valer, aportan su conocimiento

Trece personas consideran que sí hay diferencia entre el trato que se da y el que se debe dar en el grupo *familiar*. Este varía desde la sobreprotección hasta el maltrato y la marginación; incluso, se manifiestan medidas como abandono, ocultamiento o sobreprotección.

Entre la *comunidad* hay una importante diferencia entre el trato que se da y el que se debe dar, expresada por catorce personas. Las razones que se exponen son discriminación, falta de respeto y falta de conocimiento de la población con discapacidad y de sus derechos; asimismo, se considera que la comunidad es ajena a la discapacidad y ubica a las personas en una nivel bien sea superior o inferior.

Nueve personas expresan diferencia entre el trato que reciben y que se debe dar a las personas con discapacidad por parte de los *funcionarios* que trabajan en con la población con discapacidad. Las explicaciones manifiestan que los funcionarios discriminan, no están capacitados para dar un buen trato y solo cumplen con su función. Por otro lado, se menciona un trato preferencial y de favoritismo para las personas con discapacidad. Para tres personas no hay variación en el trato y consideran que los funcionarios saben como tratar a las personas.

- *Pregunta 15. Si usted tiene algún tipo de discapacidad mencione ¿Cómo es el trato que recibe de las demás personas?*

La pregunta pretende averiguar sobre el trato real que da la sociedad hacia las personas con discapacidad. Debido a que se contó solo con una persona en condición de discapacidad, se cita la respuesta dada por ella:

“El trato que recibo de los demás es igual que los demás, porque como a algunos les puedo caer bien a otros no”.

A partir de esto, se puede considerar que esta persona no evidencia un trato discriminatorio hacia ella y siente que es tratada igual que una persona sin discapacidad y si no le “cae bien a algunos” lo interpreta como una situación común que le puede suceder a cualquier persona.

- *Pregunta 16. Señale las dos principales actitudes que presenta la comunidad hacia las personas con discapacidad.*

Se buscan conocer los patrones de comportamiento más comunes por parte de la comunidad hacia las personas con discapacidad. Las respuestas se clasificaron en actitudes positivas y negativas.

Tabla 18. Principales actitudes de la comunidad hacia las personas con discapacidad.

Actitudes	Respuestas
Negativas	Rechazo (3) Desconocimiento (2) Indiferencia (2) Lástima (2) Falta de interés (2) Abandono Compasión Desconcierto Irrespeto Miedo No los reconocen como tal Paternalismo Poca educación y mecanismo de apoyo Que no pueden Sector alto: perciben como el pobrecito y le colaboran. Otros barrios: esconden a la persona, aislamiento de la persona con discapacidad Sobreprotección
Positivas	Apoyo De respeto a la diferencia De compartir los mismos espacios

Se destacan las actitudes negativas que varían desde el rechazo, la compasión, la lástima, la indiferencia y el miedo, hasta el paternalismo y la sobreprotección. En general, se enfatiza en conductas negativas que degradan y excluyen a la persona. Las actitudes positivas, menos nombradas, refieren apoyo, respeto a la diferencia y compartir espacios.

- *Pregunta 17. Mencione dos formas de trato que los miembros del consejo deben fomentar dentro de la comunidad hacia la persona con discapacidad.*

Se explora el trato que los participantes consideran se debe promover en el entorno comunitario hacia las personas con discapacidad.

Tabla 19. Trato a fomentar

Trato a fomentar	Respuestas
Reconocimiento de Derechos	Integración y participación comunitaria (4) Valoración social y de sus derechos (3) Respeto (2) Solidaridad (2) Aceptación a la diferencia Amabilidad Dejar que la otra persona termine su idea - Escuchar Entendimiento de la situación Igualdad Justicia social Motivación Pertinencia Valor Son útiles y necesitan aceptación Colaboración Conocimiento de la discapacidad en todas sus acepciones Desmitificación de la palabra discapacidad
Acciones	Trabajo en equipo Apoyo a la gestión y trabajo Atención oportuna a sus necesidades (2) Orientar adecuadamente Diseñar la ciudad para que transiten en ella - Accesibilidad

Se establecieron dos categorías. La primera: reconocimiento de derechos, enfatiza en todas aquellas acciones que propenden por la valoración de la condición de persona como integración, participación, reconocimiento de los derechos de la persona con discapacidad, respeto, justicia, solidaridad y aceptación la motivación. De otro lado, se pretende ir más allá del discurso desarrollando acciones concretas mediante la atención a las necesidades de la población, la orientación, el apoyo, la accesibilidad y trabajo en equipo y un aspecto importante el conocimiento de la discapacidad.

- *Pregunta 18. Mencione dos formas de trato que los miembros del Consejo deben evitar dentro de la comunidad hacia las personas con discapacidad.*

Se explora el trato que los participantes estiman se debe evitar en el entorno comunitario.

Tabla 20. Trato a evitar

Trato a evitar
Discriminación - Segregación (6)
Impaciencia e indiferencia (3)
Lástima (3)
Rechazo (3)
Compasión (2)
Agresividad
Cambiar el concepto de discapacidad
Desconocimiento
Envidia - Rivalidad
Explotación por parte de los familiares
La intolerancia o la no valoración
Marginarlos

Se habla de impedir comportamientos no asertivos y excluyentes como: discriminación, segregación, rechazo, marginación, agresividad, lástima, compasión, indiferencia, no-valoración y explotación familiar. Por otro lado, se propone cambiar el concepto de discapacidad, evitar el desconocimiento hacia la discapacidad, tolerar y tener paciencia a estas personas, y evitar la envidia y la rivalidad que según los participantes presenta la comunidad hacia las personas con discapacidad.

Fase II. Confirmación y profundización del contenido de la representación.

Se presenta de manera seguida la categorización del corpus de los grupos focales, que hace parte de la categoría trato hacia las personas con discapacidad. Cada subcategoría creada se identifica en un cuadro que contiene ejemplos del corpus relacionado.

Cuadro 24. Categorización grupos focales – trato, subcategoría trato como seres humanos.

Subcategoría: Trato como seres humanos
<p>“ES TAN IMPORTANTE SI LE PONEMOS UN SENTIDO PROFUNDO CUANDO HABLAMOS DE DISCAPACIDAD, PORQUE MUCHAS VECES NOSOTROS TENEMOS LA DISCAPACIDAD DE COMPRENDER, DE INTERPRETAR, DE ACERCARSE A OTRA PERSONA QUE TENGA ALGÚN TIPO DE LIMITACIÓN, PERO QUE SU ESENCIA ES UN SER HUMANO COMÚN Y CORRIENTE, CON EL QUE NOS PODEMOS ACERCAR, AL QUE LE PODEMOS BRINDAR NUESTRA AMISTAD Y YO CREO QUE AHÍ EMPEZAMOS A ROMPER BARRERAS. LAS BARRERAS ESTAN DESDE NOSOTROS MISMOS”.</p>
<p>“VOY A PARTIR DE LA EXPERIENCIA Y ES QUE UNO PRIMERO DEBE GENERAR UN ACERCAMIENTO DESDE SERES HUMANOS, DE INTEGRARSE Y COMPARTIR CON LAS PERSONAS QUE TENGAN ALGÚN TIPO DE LIMITACIÓN COMO SERES HUMANOS. CUANDO UNO EMPIEZA A GENERAR ESE PROCESO DE COMPARTIR, VE LAS PERSONAS DE UNA MANERA MUY DISTINTA Y GENERA OTRO TIPO DE CONCIENCIA QUE LE PUEDE APORTAR MUCHO MÁS DESDE LA DIMENSIÓN HUMANA, QUE VERLOS CON UN TIPO DE DIFICULTAD Y QUE NOSOTROS TENEMOS QUE DE PRONTO BRINDARLES ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA”.</p>
<p>“YO PIENSO QUE EL AMOR ES FUNDAMENTAL PARA CUALQUIER COSA QUE USTED HAGA, EL QUERER HACERLO Y HACERLO BIEN AHÍ ESTÁ EL FUNDAMENTO DEL AMOR. Y LO OTRO ES EL RESPETO, SI USTED HACE LAS COSAS CON AMOR PUEDE RESPETAR AL OTRO Y SI UNO NO TIENE ESAS DOS COSAS YO CREO QUE ES DIFÍCIL LOGRAR HACER UN CAMBIO PARA EL TRATO CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”.</p>
<p>“ALGO BIEN INTERESANTE QUE ES MANTENER ESE AMOR Y SI YO LES DOY UNA INDICACIÓN ADECUADA, LA MEJOR, ESTOY PONIENDO ALGO BIEN INTERESANTE QUE ES MANTENER ESE AMOR Y VERLO COMO ES, COMO UNA PERSONA NORMAL”.</p>
<p>“ASÍ COMO QUIERES QUE TE TRATEN A TI, DEBES TRATAR A LOS OTROS; A MI ME GUSTE QUE ME TRATEN CON RESPETO, QUE DONDE LLEGUE TE TENGAN EN CUENTA ESO ES LO QUE YO HAGO E INTENTO TODOS LOS DÍAS HACERLO CON LAS PERSONAS QUE LLEGAN A MI SERVICIO Y QUE ESTOY MUY CERCA DE ELLAS”.</p>
<p>“...TRATARLOS CON MUCHA AMABILIDAD, ORIENTARLOS LO MEJOR QUE PUEDA, PORQUE AHÍ CREO QUE SE INICIA EL RESPETO”.</p>
<p>“CUANDO UNO EMPIEZA A GENERAR ESE PROCESO DE COMPARTIR, VE LAS PERSONAS DE UNA MANERA DISTINTA Y GENERA OTRO TIPO DE CONCIENCIA QUE LE PUEDE APORTAR MUCHO MÁS DESDE LA DIMENSIÓN HUMANA, QUE VERLOS CON UN TIPO DE DIFICULTAD Y QUE NOSOTROS TENEMOS QUE DE PRONTO BRINDARLES ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA”.</p>
<p>“SE HABLA MUCHO DEL ASISTENCIALISMO, Y ESO ES LO QUE A VECES NO DEJA VER A LA PERSONA COMO PERSONA. LO QUE HABLAMOS DE LO QUE DECÍA LA COMPAÑERA QUE SE CONVIERTEN EN LOS SALVADORES, NO DEJAN VER A LA PERSONA COMO PERSONA SINO COMO EL PACIENTICO”.</p>

El buen trato hacia las personas con discapacidad parte de considerarlos como seres humanos; desde ahí, se supera la visión negativa y de pensar en la persona solamente como sujeto de asistencia. Por otro lado, siguiendo en la línea de los derechos humanos, la persona con discapacidad es merecedora de amor, respeto y amabilidad.

Cuadro 25. Categorización grupos focales – trato, subcategoría discriminación y lástima

Subcategoría: Discriminación y lástima
<p>“...ESO SUCEDE MUCHO CON LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, QUE LOS SALUDAN Y LES DAN LA PALMADITA EN LA ESPALDA DICIÉNDOLES “HOLA”. SI ESTAMOS HABLANDO DE IGUALDAD AQUÍ EN LOS CONSEJOS, POR QUÉ NO NOS SALUDAMOS DE LA MANO, DESDE QUE YO LA MIRO A USTED EN LOS OJOS, ESTAMOS HABLANDO DE IGUALDAD”.</p> <p>“... ESTE ES UN PROBLEMA BIEN DE FONDO. SI UNA PERSONA COMPLETICA PERO POR EL HECHO DE TENER EQUIS EDAD YA NO LA RECIBEN, SE LE DISCRIMINA, CON MUCHA MÁS RAZÓN SE HACE Y LO HACEN LAS EMPRESAS PARA UN DISCAPACITADO”.</p> <p>“YO CREO QUE AL MISMO DISCAPACITADO LE FALTA CONCIENCIA DE SU PROPIO VALER Y DE CONSIDERAR SUS PROPIAS POSIBILIDADES, ENTONCES TIENE UNA ACTITUD TAMBIÉN LASTIMOSA HACIA SÍ MISMO, MIENTRAS ELLOS NO SE VALOREN Y NO RECLAMEN SUS DERECHOS Y NO HAGAN CONCIENCIA DE SUS POSIBILIDADES, PUES TAMBIÉN LA MISMA SOCIEDAD NO VA A RECONOCERLE”.</p> <p>A MI ME PARECE QUE SE DEBE TENER EN CUENTA QUE ES UNA PERSONA QUE ADEMÁS DE TENER UNOS DERECHOS, UNOS DEBERES TAMBIÉN TIENE UNAS NECESIDADES MUY ESPECIALES Y QUE DEBEN SER ENTENDIDAS Y CON UNA ACTITUD NO DE LASTIMERA, SINO DE BÚSQUEDA DE SOLUCIONES”.</p> <p>“NOS VEN COMO CON LÁSTIMA, PORQUE VEN QUE NO PODEMOS HACER LO MISMO QUE ELLOS HACEN EN CUANTO AL TRABAJO, HAY COSAS QUE SE LE DIFICULTAN A UNO...”.</p> <p>“LA FORMA O LA VISIÓN QUE NOSOTROS TENEMOS RESPECTO A LAS PERSONAS CON LIMITANTES VA A CAMBIAR SI USTEDES TAMBIÉN DEMUESTRAN LA DIFERENCIA”.</p>

El trato percibido hacia las personas con discapacidad insiste en la discriminación y la actitud de lástima que suele expresar la sociedad. La actitud de lástima también se origina en la forma como se perciben las mismas personas con discapacidad.

A partir de los datos de la categorización de los ítems 13 a 18 del cuestionario y la categorización del corpus de los grupos focales, se presenta la síntesis de los resultados de la categoría integración en el cuadro 26.

Cuadro 26. Síntesis de los resultados de la categoría trato

Se propone considerar a la persona con discapacidad como un ser de derechos brindándole un trato basado en sentimientos de amor, respeto, cordialidad y cariño y de re-conocimiento de su condición de ser humano. La sociedad debe dirigirse a esta población de forma natural, con motivación y sin temor, es decir, se busca un trato basado en *igualdad de condiciones*.

Se plantea, por otro lado, brindar un trato que favorezca la *participación y dé oportunidades y apoyo* a las personas con discapacidad y les permitan integrarse al entorno con el respaldo de distintos sectores por medio de acciones como: atención médica y de rehabilitación, trabajo, socialización, cultura y subsidio. Esto permite concretar el trato en igualdad de condiciones y reconocer a las personas con discapacidad como verdaderos sujetos de derechos.

Se considera que hay *diferencia entre el trato que se debe dar y el que de hecho se da en las familias* de las personas con discapacidad. Se presenta sobreprotección ó maltrato y marginación, incluso, en ocasiones las personas son abandonan o se ocultan. En general, los participantes expresan un trato negativo por parte de la familia.

Hay una importante *diferencia entre el trato que da y el que debe dar la comunidad*. Se manifiesta discriminación, falta de respeto y falta de conocimiento de la población con discapacidad y de sus derechos; asimismo se considera que la comunidad es ajena a la discapacidad y ubica a estas personas en un nivel bien sea superior o inferior.

Se señala *diferencia entre el trato que reciben y que dan los funcionarios* a las personas con discapacidad. Las explicaciones manifiestan que los funcionarios discriminan, no están capacitados para dar un buen trato y solo cumplen con su función. Por otro lado, algunos dan un trato preferencial y de favoritismo para las personas con discapacidad.

Entre las principales actitudes que presenta la *comunidad* hacia las personas con discapacidad se destacan las actitudes negativas que van desde el rechazo, compasión, lástima, indiferencia y miedo, hasta el paternalismo y la sobreprotección. En general, se enfatiza en conductas negativas que degradan y excluyen a la persona. Las actitudes positivas, poco nombradas, destacan el apoyo, respeto a la diferencia y el compartir espacios.

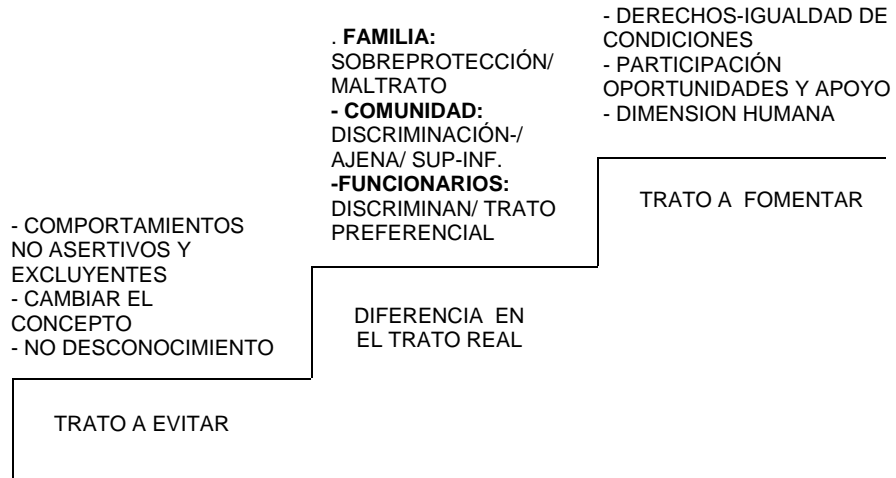
En el trato a *fomentar* se sugieren aspectos relacionados con el reconocimiento de los derechos: integración, participación, accesibilidad, respeto y justicia, e ir más allá del discurso desarrollando acciones concretas, mediante la atención a las necesidades de la población.

Se proponen *evitar* comportamientos no asertivos y excluyentes como son: discriminación, segregación, rechazo, marginación, agresividad, lástima, compasión, indiferencia, no-valoración y explotación familiar. Por otro lado, se propone cambiar el concepto de discapacidad, evitar el desconocimiento hacia la población y evitar la envidia y rivalidad que presenta la comunidad hacia las personas con discapacidad.

Se propone tratar a las personas con discapacidad teniendo en cuenta su dimensión humana, considerando que la persona no es solo sujeto de asistencia. Se plantea como trato correcto, el basado en el amor, el respeto y la amabilidad como *seres humanos*.

La persona en general es tratada con *discriminación*, hecho que impide la integración. La *lástima* es un sentimiento que presenta la sociedad hacia las personas con discapacidad y que también presentan las personas hacia ellas mismas.

Gráfico 6. Síntesis de los resultados categoría trato



5. CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y EJES PARA LA ACCIÓN

A partir del análisis de la síntesis de los resultados de las tres categorías establecidas para el estudio (páginas 90, 107 y 117), se retomarán los aspectos principales y los comunes a las tres categorías, para definir una *tendencia* de la representación social de la discapacidad. Esta tendencia que ha sido analizada teniendo en cuenta la riqueza de los elementos recolectados por medio de la expresión escrita y oral de los participantes, será visualizada en el siguiente gráfico:

La tendencia de la representación social encontrada entre los participantes permite inferir las consideraciones que se plantean a continuación para cada una de las categorías:

CATEGORÍA CONCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

- Aún queda difícil expresarse de forma propositiva cuando se habla de las personas con discapacidad. Persiste entre los participantes una visión centrada en la persona, enfatizando en la función-disfunción y en la comparación de sus habilidades con lo que se considera un “desempeño óptimo y funcional”. Por otro lado, la persona se caracteriza a partir de su apariencia o condición física y la diferencia en sus habilidades con respecto a la mayoría de la población, en términos de impedimento en la función: carencia, insuficiencia, minusvalidez, incapacidad y necesidad. Los términos empleados permiten corroborar lo mencionado por la Asamblea de las Naciones Unidas en el año de 1990: “[hay una] utilización del lenguaje que denota un carácter limitativo y en ocasiones peyorativo” (Unidas Naciones, 1990, 11), situación que se ha presentado en la transmisión oral y en textos escritos de carácter científico y legal, lo cual ha legitimado la presencia de ideas negativas hacia este grupo, arraigadas en la cultura y más específicamente en el legado histórico que hace parte de esta.
- Como lo menciona Drake (1998): “Desde el punto de vista médico, las personas son discapacitadas como consecuencia de sus insuficiencias fisiológicas o cognitivas individuales. A esto, se responde tratando de rehabilitarlas [...] se espera la recuperación y el lograr un nivel lo más cercano posible a lo considerado como normal” (163). Es decir, la percepción se centra en la función y se espera que la persona a partir de un proceso de rehabilitación se acerque cada vez más a los patrones de funcionalidad deseados, superando así sus carencias. La persona con discapacidad debe asumir en muchos casos una condición permanente de paciente en tratamiento que probablemente no termina nunca, porque su cuerpo no va a estar preparado “funcionalmente” para asumir las exigencias de la sociedad y acercarse a lo normal⁵⁰.

⁵⁰ El concepto de normalidad “implica que la mayoría de la población debe o debería de alguna forma ser parte de la norma” (Davis, 1997, 13). La necesidad de comparar unas personas con otras y llevarlas al patrón de normalidad, hace que aparezca la discapacidad.

- La percepción negativa hacia las personas con discapacidad por parte de la sociedad y que es manifestada en la atribución social negativa, reafirma la relación discapacidad-exclusión y resalta las condiciones de vida propias de los grupos sociales alejados de las condiciones de desarrollo de una sociedad con las graves implicaciones que esta situación conlleva. De acuerdo a Consuelo Corredor, cuando la persona se encuentra en condición de pobreza no puede alcanzar la satisfacción de sus necesidades vitales “en términos de subsistencia física (alimentación, salud y vivienda) y en términos de su desarrollo como persona: inserción social, política, identidad, sentido de pertenencia, acceso a la formación y a la información, etc.” (1999, 54).
- Como ya se sabe, la discusión sobre el tema de la discapacidad está generando nuevos enfoques y perspectivas que la explican como una condición de vida distinta o como el resultado de los obstáculos impuestos por el contexto al individuo. En este sentido, “de un modelo centrado en las dificultades o déficit, se pasa a la consideración de las habilidades y capacidades de la persona”... [Por otro lado, las nuevas orientaciones] “se basan en la filosofía de los derechos humanos y la justicia social: el derecho al desarrollo, el derecho a la participación plena en la vida comunitaria, el derecho a ser diferente, el derecho a una vida digna” (Malbrán, 1996, 4). A pesar de que estas aseveraciones hacen parte de las discusiones vigentes en relación con la discapacidad, se encuentra en los resultados de la primera categoría el predominio de imágenes negativas y de una visión limitada hacia las personas con discapacidad, ceñidas a las explicaciones tradicionales del concepto en la cultura occidental. Se encuentra una leve dinámica de cambio que permite comprender que la discapacidad puede ser incrementada o disminuida por condiciones medio ambientales y por la modificación de las barreras impuestas desde las colectividades.
- El considerar que la discapacidad mental es la más limitante entre todos los tipos de discapacidad ratifica la propuesta de la *Jerarquía de la discapacidad* presentada por Charlton (ver pág. 68), según la cual, la discapacidad mental es el tipo de discapacidad del cual se tiene una percepción menos favorable. En general, la cognición se refiere a una serie de procesos como la percepción, el juicio y la razón, por medio de los cuales el mundo es aprehendido y entendido. Se puede decir que cuando estos procesos se encuentran restringidos (como en el caso del déficit cognitivo) o son variables (como en la

enfermedad mental), se presentan “manifestaciones concretas e impiden la actividad normal del sujeto y se manifiestan en comportamientos sociales desviados” (Itza et. al. 1987, 327).

- Se atribuye a las personas con discapacidad la tarea de generar un cambio de visión en la sociedad, por otro lado, se considera que no se puede presentar un cambio en la forma de ser percibidas, si las personas no están convencidas del cambio que se debe generar. Para lograr esto, es necesario robustecer la condición psicológica de la persona con discapacidad, ya que en muchos se presenta la desesperanza, no vislumbran una proyección hacia el futuro, hay carencia de oportunidades y negación de la realidad.
- Las personas en algún momento de la vida pueden ser susceptibles de experimentar una condición de discapacidad bien sea permanente o transitoria. Sin embargo, la mención que hacen algunos de los participantes: “todos tenemos limitaciones o discapacidad” lo que logra para el caso de la grupos sociales como el de personas con discapacidad es la “universalización y homogenización acerca de las condiciones de vida e identidad de los grupos y fenómenos estudiados y por eso impiden una mirada más diversa de estos mismos fenómenos” (Brigeiro, 2004, 174). Es decir, no se puede pensar en que todas las personas cuentan con una discapacidad, ya que la diversidad se diluye y la población con discapacidad no sería objeto de políticas específicas para sus necesidades particulares. En el mismo sentido, la idea bajo la cual se espera que las personas con discapacidad sean “como cualquier otra persona”, debe ser tratada con precaución, ya que podría entenderse que las personas con discapacidad debe actuar y parecer dentro de patrones de comportamiento “normales” o que representan a la mayoría. La noción de igualdad sí debe tenerse en cuenta al momento de pensar en las personas en términos de derechos humanos.
- Entre los participantes no hay acuerdo en considerar o no la discapacidad como enfermedad. No obstante, la discapacidad orgánica sí significa enfermedad. Esta asociación con la enfermedad se ha valido de las explicaciones clásicas del proceso salud enfermedad, por la relación que se hace de cuerpo – discapacidad y función de la persona. Se trata la discapacidad como si se requiriera de una curación y un tratamiento permanente, “la concepción clásica de la salud la entendía como “ausencia de enfermedad e invalidez” y obligaba a trazar una línea divisoria entre lo considerado

“normal” y “anormal” (Cabarcas, Vargas, 2001, 3). Adicionalmente, el rol del enfermo descrito en la literatura, es similar al que deben asumir las personas con discapacidad: pasividad, inactividad, no productividad, la experticia la tiene el terapeuta. Esto lleva a la destrucción de las relaciones con los otros, la exclusión y la soledad (Itza et. al. 1987).

- Las concepciones hacia la discapacidad se sustentan también en nociones religiosas arraigadas a la cultura de los grupos y hacen parte de conocimientos preestablecidos que orientan los patrones de comportamiento hacia las personas con discapacidad. Las concepciones se cargan de pensamientos estereotipados de manera especial hacia algunos tipos de discapacidad más que a otros.
- Los participantes consideran que el término discapacidad rotula y segrega a las personas. No obstante, cualquier término que se vaya a utilizar tiene la función de caracterizar al grupo de personas que presentan diferentes capacidades, por lo cual lo que se deriva de esto es la necesidad de cambiar la concepción hacia estas personas, más que modificar los términos que se utilicen.

CATEGORÍA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Hay dinámica en la integración de las personas en los diferentes sectores: se llevan a cabo visitas, se ejecutan programas, apoyos, se cumplen acciones, proyectos, actividades de orientación, y se favorece la participación de la población, pero al mismo tiempo, esta dinámica descrita es la que exigen los participantes que fortalezcan las instituciones que lideran cada uno de los sectores. Entre las personas o entes que han participado en las acciones de integración se encuentran asesores, especialistas, ONG, instituciones, asociaciones, y el consejo de discapacidad, no obstante así como se reconoce que participan, se exige constancia en su intervención.
- Los participantes reconocen la importancia de las actividades de integración que se ofrecen desde los diferentes sectores y, en general, conocen la dinámica de integración en especial del sector salud y en recreación y deporte. Se tiene en cuenta también la participación de asociaciones, ONG's, instituciones y del mismo consejo local de discapacidad. Las acciones de integración se entienden como el medio por el cual las

personas afianzan su condición de seres humanos y obtienen formación, seguridad, productividad, bienestar, socialización y autoestima, es decir, se reconocen como ciudadanos y se promueve su calidad de vida. De igual manera, por medio de la integración hay un acercamiento integral a la problemática de las personas con discapacidad. Pese a la ejecución de acciones para la integración, se reconocen también “malos mecanismos” o debilidades en todo el proceso, que no le permiten avanzar con calidad.

- Una gran dificultad es que las personas que asisten como representantes institucionales no siempre tienen conocimientos sobre la discapacidad, lo cual hace que su desconocimiento y probablemente sus prejuicios hacia las personas con discapacidad se vean reflejados en su participación en el consejo. Por otro lado, es deber de las instituciones ofrecer opciones a las personas con discapacidad y a su grupo familiar.
- Los funcionarios reconocen que no deben ser vistos como “los salvadores”. No se debe pretender esa relación vertical entre ellos y las personas con discapacidad. Como lo señala Malbrán: hay que pasar de un planteamiento directivo de los profesionales a que el protagonista sea la persona con discapacidad (1996, 28).
- Se encuentra una discusión de doble vía: en ocasiones se maneja un discurso centrado en la valoración de la diferencia, sin embargo, en otras ocasiones se señala que las personas con discapacidad tienen las mismas capacidades y oportunidades que las otras personas, lo cual significaría que no necesitan de mayores apoyos. Entonces viene un debate de fondo: si se habla de igualdad no se entiende por qué hay preferencia para las personas con discapacidad, a pesar de esto, se prefiere señalar que la persona tiene una discapacidad a que sea desconocida y no reciba ninguna ayuda.
- Se da especial importancia a las actividades de sensibilización para las instituciones y los integrantes del consejo. En las actividades deben participar las personas con discapacidad quienes también deben ser sensibilizadas. Estas acciones permiten conocer la realidad de estas personas, ya que es vital su contacto con la sociedad y así conocer su realidad. Por otro lado, se reconoce que la misma población debe concientizarse de su situación y aprovechar las actividades como medio de unión con la

familia, la comunidad, los amigos, los funcionarios y los diferentes representantes de la discapacidad.

- La participación es un tema muy cuestionado, ya que por un lado se dice que la persona con discapacidad puede participar en los medios sociales y económicos teniendo en cuenta sus derechos, pero por otro lado, se considera que la población no se moviliza para la participación a no ser que haya un interés de por medio. Este es un punto delicado ya que se espera de ellos el empoderamiento y la participación pero si no cuentan con los elementos para el ejercicio de este derecho, no obtendrán los beneficios que de este se desprenden. Lo que no se desea es que se le niegue su ejercicio de ciudadanía.
- Uno de los grandes problemas que perciben los participantes es que la preocupación por la integración se ha centrado en actividades de carácter deportivo y de salud. Tal como lo manifiestan, para las personas con discapacidad es vital acceder a la educación y al trabajo; estos dos elementos son base para el ascenso social, la productividad y la independencia económica. A pesar de la importancia de la actividad laboral, el sector trabajo es el que menos actividades desarrolla en las dos localidades según la percepción y el conocimiento de los participantes. Lo anterior difiere de las actividades desarrolladas por el sector salud, el cual es el más reconocido en los procesos de integración.
- Al consejo local de discapacidad le corresponde exigir oportunidades de acuerdo a las necesidades de la población, así como debe estar convencido de su labor al velar por la garantía en el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad.
- Tal vez se pueda mencionar el grupo de amigos como una agrupación en la que poco se ha pensado para ser vinculada en la planeación de programas, sin embargo, debe ser considerado como un grupo importante para ser convocado, sensibilizado y tenido en cuenta en las actividades que se desarrollan para la población con discapacidad.
- Vale la pena aclarar que en muchos consejos locales la secretaría técnica la lleva a cabo el sector salud, lo cual probablemente incide en el mayor conocimiento de las

actividades del sector.

CATEGORÍA TRATO HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Se reclama un trato que propenda por la reivindicación de la condición de seres humanos de las personas con discapacidad como sujetos de derechos, favoreciendo la igualdad de condiciones y la justicia. Por una parte, este trato se consigue al brindar sentimientos de amor, respeto, cordialidad, amabilidad y cariño, al tratar normalmente, con motivación, sin temor, tolerancia y paciencia. Por otro lado, se consigue al favorecer su participación, integración, accesibilidad y con la atención a las necesidades de la población en los distintos sectores.
- Si bien de la familia de las personas con discapacidad se espera un gran acompañamiento, el mejor trato y que sean el principal apoyo para la persona, se encuentra que el trato que denuncian los participantes de parte de las familias no refleja eso. Es un trato ambivalente: o bien sobre protector o bien de maltrato, marginación, abandono u ocultamiento. Ante el comportamiento de las familias es importante detectar si esto responde o no al trato que dan las instituciones y el poco apoyo que dan a las familias. Ingstad recuerda que hay múltiples factores que recaen en la situación de discapacidad; “las familias se sienten solas y no saben cómo asumir el caso” (2001, 775). Por otro lado, en el caso de los funcionarios se entiende que como orientadores y apoyo a las familias y a las personas con discapacidad, deben dar un mejor trato. No obstante, según los participantes no todos los funcionarios tienen la preparación para tratar correctamente a la persona con discapacidad: o discriminan o dan un trato preferencial o de favoritismo para las personas con discapacidad. Finalmente, de los dos grupos de los que se espera el mejor trato y el mayor apoyo no están dando lo esperado.
- Es claro para los participantes que la comunidad es indiferente con respecto a la discapacidad; le falta conocimiento de la realidad de esta población y por lo tanto no hace aportes en el cumplimiento de los derechos de estas personas. Adicionalmente, el trato que se describe: discriminación, falta de respeto, rechazo, compasión, lástima, y miedo, no se aleja de los comportamientos tradicionales de la sociedad que degradan y

excluyen a la persona. De otro lado, están el paternalismo y la sobre protección, conductas que igualmente discriminan. Finalmente, la comunidad ubica a estas personas en un nivel de habilidades bien sea superior o inferior.

- Ante la invitación presentar comportamientos que las personas deben evitar, precisamente se señalan los comportamientos denunciados, que están cargados de discriminación, segregación, exclusión marginación, agresividad y lástima. Por otro lado, se propone cambiar el concepto de discapacidad y su manejo.
- Las expresiones comunes como la lástima provienen no solo de la sociedad, se informa que las personas con discapacidad expresan este sentimiento hacia ellas mismas. Tal situación se puede generar de un pobre autoconcepto que no deja a la persona reconocer sus alcances y posibilidades. En los dos casos, es un término que en cualquiera de los dos casos se debe evitar.
- La expresión gráfica de los participantes y los títulos asignados, confirman una vez más la tendencia de la representación orientada en ocasiones teniendo en cuenta el componente social o en el otro extremo, bajo nociones clásicas de comprensión de la discapacidad.

CONCLUSIONES GENERALES Y EJES PARA LA ACCIÓN

- La discapacidad es un proceso complejo que involucra una variedad de elementos causales (Shakespeare, 1994; Trujillo y Cuervo, 2004), por lo cual es un complejo proceso multifactorial. Para el estudio de temas de esta complejidad es necesario partir de las producciones simbólicas de los grupos, así como el estudio de las concepciones que sirven de soporte a determinadas prácticas y costumbres. En este sentido, el haber sustentado el presente estudio en la teoría de las representaciones sociales, permitió evidenciar la objetivación del tema de la discapacidad en la población participante y encontrar que no existe una única representación de la discapacidad, sino que se mueve bajo dos orientaciones.

- En el caso del presente estudio se evidenció que tal y como lo señala la literatura, prevalece la representación negativa hacia esta población y esta se basa en la cultura y el legado histórico que como fue señalado en el marco teórico, han aportado explicaciones con un origen religioso, y que han significado en muchos casos la pérdida de la condición de ciudadanía. Adicionalmente, es pertinente tener en cuenta la influencia de las representaciones negativas en aspectos que hacen parte de la organización social como son el tipo de economía, la estructura social y política, la posición de un grupo social con relación a otros, los cánones estéticos, la naturaleza de las organizaciones, entre otros factores, que contribuyen a la explicación y conocimiento de una sociedad. Si bien era de esperarse que la representación social de la discapacidad fuera concebida de manera más positiva por los participantes, hay factores que no posibilitan esto, como su rotación en el consejo, su interés hacia el tema y la respuesta institucional y de la comunidad frente al mismo. Sin embargo, la responsabilidad social del consejo para con la población es inminente y le exige orientar su acción desde una concepción positiva de la discapacidad compartida por todos los miembros.

- En el momento en que una representación social se ha explorado, se puede llevar a cabo un proceso de transformación teniendo en cuenta los factores que organizan una representación que según Abric (2000) son: el contexto social, e ideológico, el lugar del individuo en la organización social, la historia del individuo y del grupo y los desafíos sociales. Según esto, es posible actuar sobre estos frentes para transformar la visión actual de la discapacidad como objeto social inscrito en un “contexto social y cultural y en un tiempo histórico” (Jodelet, 2000, 16).

- La trascendencia del tema de la discapacidad debe responder también al contexto epidemiológico. Según Harwood et al. (2004), “muchos países se verán enormemente afectados por el número cada vez mayor de personas dependientes y tendrán que hallar los recursos humanos y financieros necesarios para ayudarles. Es preciso mejorar sensiblemente la recopilación de datos sobre discapacidad y sobre las necesidades de los cuidadores, y hay que dar más prioridad a la prevención de la discapacidad y la prestación de ayuda a los cuidadores”. Se debe agregar que es vital el aporte desde la salud pública para el análisis y comprensión de la discapacidad de forma multifactorial. Adicionalmente, es la tarea de la salud pública garantizar la prevención secundaria y

terciaria a las personas con discapacidad, superar la visión asistencialista hacia esta población y considerar la realidad cultural que rodea a estas personas.

- Como lo menciona Regueira (1997) si bien hay una tendencia relevante en el ámbito internacional para el abandono progresivo de la creación de estructuras separadas para la atención a las necesidades específicas de las personas con discapacidad, se abren iniciativas para promover la integración en las escuelas ordinarias y el empleo abierto o con apoyo siempre que sea posible. Es importante recordar que estas acciones de integración deben favorecer la prestación de una serie de servicios que benefician a todas las personas de un grupo social. En el caso de la discapacidad se debe recordar que existen actividades que puede desarrollar la población y que no necesariamente requieren adaptaciones para que sean disfrutadas por las personas con discapacidad, ya el buscar las limitaciones en el individuo obstaculiza su proceso de integración hacia los diferentes sectores de la sociedad. Asimismo, los distintos ámbitos de integración son vitales para desarrollar la identidad de las personas con discapacidad como individuos socialmente reconocidos y como ciudadanos activos dentro de la dinámica de su entorno, restableciendo la tesis de los valores, derechos humanos y obligaciones compartidos por la mayoría

- Una de las tareas de los Consejos Locales es recordar que la percepción negativa y “el prejuicio interpersonal, está implícito en las representaciones culturales, en el lenguaje y en la socialización” (1994, 296). Este a su vez estimula reacciones negativas en estas personas favoreciendo su segregación. En consecuencia, se aumentan las distancias sociales y se produce mayor discriminación, marginación o incluso abandono de las familias y de la sociedad en general. Una de las posibles alternativas para favorecer un reconocimiento en términos de derechos de la población con discapacidad es el *contacto* con esta población. Cuando se establece la cercanía se eliminan prejuicios y un conocimiento de la situación de la persona, lo cual se ve reflejado en el trato correcto. Por esto la importancia de realizar actividades comunes al resto de la población y no siempre en programas especiales. Para esto, los miembros del consejo local deben ser los primeros informados en cuanto al portafolio de servicios de instituciones en cada localidad y a nivel central, ya que son multiplicadores de la información a la misma población y son ellos quienes en muchos casos son generadores de política pública. Por

otro lado, la no constancia de los representantes en el consejo es un factor a analizar ya que esto altera la continuidad de las actividades del consejo.

- Se debe involucrar en la integración a la comunidad y de manera especial al *círculo de amigos* de la persona con discapacidad y a su familia, que como se evidenció, al parecer no cuenta con los elementos para abordar la situación y genera comportamientos extremo, también de esta forma se crean redes de apoyo, teniendo en cuenta que los diferentes tipos de discapacidad “se constituyen en un factor de riesgo para maltrato, abuso sexual y violencia intrafamiliar en especial para los niños y las niñas” (Presidencia de la República, 2000, 42)”.

- Ya que las personas con discapacidad y sus familias se encuentran muchas veces en adversas condiciones económicas, es necesario, y como ellos lo solicitan, garantizar el cubrimiento de las *necesidades básicas* inherentes a todo ser humano. Esto no implica siempre la asignación de un subsidio, sino el aseguramiento de espacios educativos y laborales. Por otro lado, los aspectos socioculturales determinan la respuesta de la sociedad bien sea favorable o no, lo que determina el acceso de estas personas al medio social inmediato.

- Las oportunidades que se les brinden dependen de la visión sociocultural. La ausencia de “visibilidad” de las personas con discapacidad en la vida ordinaria en muchas ocasiones (la tendencia tan arraigada en muchas familias a esconderlas), no ha hecho más que alimentar los estereotipos existentes. Esta situación ha contribuido a reproducir automáticamente el ciclo de exclusión. De esta forma, uno puede observar la misma asociación reforzada de prejuicios, desigualdad de oportunidades y discriminación. La forma en la cual se establece relación con las personas con discapacidad depende de la transmisión de prácticas comportamentales, históricas, de experiencia personal y de contactos. Sin embargo, el trato por parte de los profesionales o de estudiantes de áreas relacionadas con la salud o sociales se esperaría que esté más relacionado con un discurso social. Esto depende de la definición que se ha dado a la discapacidad y el uso de términos peyorativos en la legislación inicial y la vigente y a que no ha habido suficiente apropiación de la correcta terminología.

- La evidencia muestra claramente que las actitudes expresadas públicamente hacia las personas con discapacidades físicas son en su mayoría favorables, frecuentemente positivas y hasta indican admiración, no es así para la población con *discapacidad mental*, esta percepción negativa se puede superar al estimular el contacto y conocimiento de la situación que experimenta la persona.

- Una de las acciones del consejo local de discapacidad es favorecer el empoderamiento de las personas con discapacidad. Es de anotar que los hallazgos frente a la pasividad y la falta de agencia de esta población Shakespeare indica que hay dos clases de grupos minoritarios que se aplica a discapacidad: activos - defensores de sus ideas y conformistas - no presentan ni defienden sus ideas. Si el grupo es pasivo, se generan actitudes de marginación hacia el mismo, de forma especial si está sometido a la visión que tenga la mayoría del mismo. Más aun si se considera que “las personas con discapacidad corresponden a una significativa minoría en los países menos industrializados” (Barnes et al, 1999, 11). Cuando el grupo no presenta opciones ni alternativas, es pasivo, y está supeditado a como lo ve la mayoría, se generan actitudes de marginación. Se necesita por lo tanto la *participación* ya que es la misma comunidad quien conoce mejor sus necesidades reales, de ahí la importancia de resaltar lo valioso del nivel local y de los Consejos Locales para las acciones en discapacidad.

- Si se equipara la discapacidad con la *enfermedad* se comprenderá la discapacidad de acuerdo a la concepción clásica del concepto salud – enfermedad, por lo cual se puede entender la discapacidad como una condición opuesta a la salud. “Si se puede mostrar que algo está atentando de alguna manera el funcionamiento del cuerpo y en menor grado de la mente, entonces puede rotularse como “enfermedad” en sí misma, o a nivel de jurisdicción como problema médico” Zola, situación que ha ocurrido con la discapacidad.

- El hecho de estudiar las representaciones sociales dentro de los Consejos Locales, implica entender los contenidos tanto sociales como culturales que explican la conducta de los individuos frente a su posición dentro del Concejo y cómo este desde su punto de vista puede estar influyendo en un grupo social mayor dentro de la propia localidad, esto se debe unir a resultados de diversos estudios para generar estrategias. Por otro lado, se

reitera que si en las diversas localidades permanece una visión limitada y negativa de la discapacidad, asimismo serán las orientaciones conceptuales y metodológicas que se den, por lo tanto es necesario reconstruir las percepciones negativas. .

- Sensibilizar y autoestima ellos mismos y otros : Falta informar y educar a la gente en general: decisores, y público en general. No hay que desconocer que de un corto tiempo para acá, los profesionales asumen la discapacidad como una condición no solo inherente en la persona, sino basada en constructos sociales con raíces en las actitudes sociales negativas. La nueva orientación se apoya en la evidencia empírica de prácticas discriminatorias en el acceso a la educación y la participación en la fuerza de trabajo.

- Es muy importante recordar que la sensibilización hacia el tema de la discapacidad es tanto para la sociedad como para las personas con discapacidad sobretodo en el caso – que de hecho es frecuente- de que las mismas personas con discapacidad se vean a sí mismas como víctimas y con autocompasión, lo que genera una respuesta de rechazo en los demás.

- Finalmente, queda mucho por analizar del tema de la discapacidad, recordando que es un tema que hasta ahora está tomando su valor real; por otro lado, su impacto es poco reconocido sobre las familias, la misma persona y sobre la economía del país. Se esperan trabajos cada vez más sólidos provenientes de las Maestrías en Salud Pública y Discapacidad e Inclusión Social, así como de trabajos que se están dando desde diversas áreas, lo cual fortalecerá el análisis, la comprensión, la política y las estrategias de acción en el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEL, Christopher. Ensayos de la historia de la salud en Colombia 1920 – 1990. Instituto de estudios políticos y relaciones internacionales (IEPRI) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Autor, 1996.
2. ABRIC, Jean Claude. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En: ABRIC, Jean Claude (Dir.). Prácticas sociales y representaciones. México D.F.: Ediciones Coyoacán, 2001.
3. _____. Metodología de recolección de las representaciones sociales. En: ABRIC, Jean Claude (Dir.). Prácticas sociales y representaciones. México D.F.: Ediciones Coyoacán, 2001.
4. AGUIRRE, Eduardo. Las representaciones sociales. Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia, 1998.
5. ALBRECHT, Gary. The disability business. California: Sage Publications, 1992.
6. BANCHS, María. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. En: Papers on social representations. vol. 9 (2000), p. 3.1 – 3.15.
7. BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en Salud. Washington: Autor, 1993.
8. BARNES, Colin; MERCER, Geoff y SHAKESPEARE, Tom. Exploring disability: A sociological introduction. Cambridge: Polity Press, 1999.
9. BARNES, Colin y MERCER, Geoff. Assimilation or inclusión? En: ALBRECHT Gary, SEELMAN; Catherine y BURY, Michael (Eds.). Handbook of disability studies. California: Sage Publications, 2001.
10. BARTON, Len (Comp.). Discapacidad y sociedad. España: Morata, 1998

11. BAUTISTA, Liliana. De la conciencia colectiva a las representaciones sociales: Evolución y área de conocimiento en psicología social. Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas. Santafé de Bogotá, 1995.
12. BEAGLEHOLE, Robert; BONITA, Ruth y KJELLSTRÖM, Tord. Epidemiología básica. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
13. BERNAL, Jorge Arturo. Propuestas sobre política económica y social para la equidad y la paz. En: Universidad Nacional de Colombia. Equidad y política social en Colombia II. Bogotá: Autor, 1998.
14. BERNAL, Jorge; CORDERO, Luz Helena y MOTAVITA, Viancy. Representaciones sociales de la relación salud – trabajo en los trabajadores de Sintraelecol y su utilidad en una propuesta educativa. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Salud Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Santafé de Bogotá, 1994.
15. BETANCOURT, Carlos. Las nociones de exclusión y el caso colombiano. En: CUERVO, Clemencia; TRUJILLO, Alicia; VARGAS, Diana; MENA, Beatriz y PEREZ, Lyda. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
16. BRADDOCK, David y PARISH, Susan. An institutional history of disability. En: ALBRECHT Gary, SEELMAN; Catherine y BURY, Michael (Eds.). Handbook of disability studies. California: Sage Publications, 2001.
17. BRANDT, Edward y POPE, Andrew. Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997.
18. BRIGEIRO, Mauro. Cuerpo, cultura y discapacidad: Aproximaciones analíticas desde la teoría social. En: CUERVO, Clemencia; TRUJILLO, Alicia; VARGAS, Diana; MENA, Beatriz y PEREZ, Lyda. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
19. BRUNER, Jerome. Acción, pensamiento y lenguaje. Madrid: Alianza editorial, 1989.
20. BURBANO, Esmeralda y BECERRA, Jaime. Grupos focales: una herramienta poderosa en investigación evaluativa. Cali: Centro de investigaciones multidisciplinarias para el desarrollo. Universidad del Valle, 1995.

21. CHARLTON, James. Nothing about us without us. Los Angeles: University of California, 2000.
22. CONCEJO DE BOGOTA. Acuerdo 22 de 1999. Por el cual se modifica el acuerdo 16 de 1994 de conformación del Consejo Distrital de las personas con limitaciones.
23. CONPES SOCIAL 80. Política pública nacional de discapacidad. Bogotá: Autor, 2004.
24. CONSEJO DISTRITAL DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES. Acuerdo 002 de 1999. Por el cual se conforman los Consejos Locales para las personas con Discapacidad.
25. COOK, Thomas y REICHARDT, Charles. Hacia una separación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En: COOK, Thomas y REICHARDT, Charles (Eds.) Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid. Morata, 1986.
26. CORREDOR, Consuelo. El problema de la pobreza: Una reflexión conceptual. En: Pobreza y desigualdad. Santafé de Bogotá: Cinep, Colciencias, Universidad Nacional de Colombia, 1999.
27. CUELLO DE NOVELLO, Antonia. Pequeños triunfos, grandes victorias: una perspectiva global de las personas con impedimentos. En: Conferencia hemisférica occidental sobre personas con discapacidad. Actas de la conferencia. Washington, D.C., 1993.
28. DAVIS, Lennard. Constructing normalcy. En: DAVIS, Lennard (Ed.). The disability studies. New York: Routledge, 1997.
29. DRAKE, Robert. Una crítica del papel de las organizaciones benéficas tradicionales. En: BARTON, Len (Comp.) Discapacidad y sociedad. España: Morata, 1998.
30. DEFENSORIA DEL PUEBLO. Infancia y adolescencia con discapacidad. En: La niñez y sus derechos, Boletín N° 4. Bogotá, Junio de 1998.
31. DESPOUY, Leandro. Derechos humanos y personas con discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas, 1993.
32. DE LA FUENTE, Ramón. Nuevos caminos de la psiquiatría. México: Fondo de cultura económica, 1992.

33. DUDZIK, Pamela; ELWAN, Ann y METTS, Robert. Disability in Latin American and the Caribbean: A review of static and inclusionary policies. Seminar: dialogue on development and inclusion, opportunities for people with disabilities. Santiago de Chile: Inter-American Development Bank, 2001.
34. DI GIACOMO, J.P. Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En: PÁEZ, Darío y cols. Pensamiento, individuo y sociedad. Madrid: Fundamentos, 1987.
35. DURKHEIM, Emilio. Sociología y filosofía. Buenos Aires: Ed. Guillermo Kraft, 1951.
36. FARR, Robert. Las representaciones sociales. En: MOSCOVICI, Serge. Psicología social. Tomo II. México D.F.: Paidós, 1993.
37. FRENK, Julio. La transición epidemiológica en América Latina. En: Bulletin of the Panamerican Health Organization. Vol. 6 N° 111 (1991), p. 485-496.
38. FRIEDEN, Lex. Concientización sobre la discapacidad: Actitudes y políticas que afectan a las personas con impedimentos en el hemisferio occidental. En: Conferencia hemisférica occidental sobre personas con discapacidad. Actas de la conferencia. Washington, 1993.
39. FOX, Michael y KIM, KyungMee. Understanding emerging disabilities. En: Disability and society. vol. 19 N°4 (2004), p. 323-337.
40. GALLARDO, Henry y RODRÍGUEZ, Jesús. La carga de la enfermedad en Santa Fe de Bogotá. Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad (Avisa) y mortalidad, 1985 – 1996. Santafé de Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, 1999.
41. _____. La transición epidemiológica en Colombia. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. vol. 4 N° 14. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, 1999.
42. GALLARDO, Henry. Mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad como medidas de la carga de la enfermedad, Colombia 1985 – 1995. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1999.
43. GARAY, Luis Jorge. Colombia: entre la exclusión y el desarrollo. Bogotá: Contraloría General de la República, 2002

44. GARCIA, José María. Política social y discapacidad en España. En: Psicología de la rehabilitación. RUANO, Angel; MUÑOZ, Juan Manuel y CID, Carmen (Comp.). Barcelona: Ed. MAPFRE, 1999.

45. GESTAL, Juan Jesús. Minusvalías físicas, mentales y sensoriales. En: Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1991.

46. GONZÁLEZ, Ángela y VELANDIA, Martha. La situación de la salud pública en Colombia: Una visión. En: Informe quincenal epidemiológico nacional. vol 4 N° 24. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, 1999.

47. HARWOOD, Rowan; SAYER, Avan y HIRSCHFELD, Miriam. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. En: Bulletin of the World Health Organization. N°82 (2004). p. 251-258.

48. HEDLUND, Marianne. Disability as a phenomenon: a discourse of social and biological understanding. En: Disability and society. vol. 15 N°5 (2000), p. 765-780.

49. INGSTAD, Benedicte. Disability in the developing world. En: ALBRECHT, Gary; SEELMAN, Catherine y BURY, Michael (Eds.). Handbook of disability studies: California, Sage Publications, 2001.

50. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - MINISTERIO DE SALUD. Criterios Conceptuales para la prestación de servicios de atención integral a niños y jóvenes con discapacidad. Bogotá: Autores, 1998.

51. JODELET, Denise. La representación social: Fenómeno, concepto y teoría. En: MOSCOVICI, Serge. Psicología social. Tomo II. México D.F.: Paidós, 1993.

52. _____. Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En: JODELET, Denise y GUERRERO, Alfredo. Develando la cultura: Estudios en representaciones sociales. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.

53. KAHN, Johan. El concepto de cultura: Textos fundamentales. Barcelona: Península, 1989.

54. MALBRAN, María del Carmen. Futuro enfoque de la discapacidad. En: Revista FENDI. Argentina: Año 2. N° 3. (1996). p. 4-6.

55. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, COLOMBIA. Ley General de Educación: Ley 115 de 1994. Santafé de Bogotá: Presencia.
56. MINISTERIO DE SALUD, COLOMBIA. Lineamientos para la atención de personas con deficiencia, discapacidad y minusvalía. Santafé de Bogotá: Autor, 1996.
57. _____. Lineamientos de Política para la promoción de la salud y prevención de la discapacidad en el plan nacional de atención a la discapacidad. Bogotá D.C.: Documento multicopiado, 2000.
58. _____. Lineamientos de política para la promoción y fomento de la salud, y prevención de la discapacidad en el plan nacional de atención a la discapacidad. Documento preliminar, medio magnético. 2001.
59. _____. Plan de Atención Básica en Salud. Colombia, 2000.
60. _____. Red Nacional de Apoyo para la atención a la Discapacidad. Santafé de Bogotá, 2000.
61. MITCHELL, David y SNYDER, Sharon. The uneasy home of disability in literature and film. En: ALBRECHT, Gary; SEELMAN, Catherine y BURY, Michael (Eds.). Handbook of disability studies: California, Sage Publications, 2001.
62. MOISE, Cecilia. Prevención y psicoanálisis, propuestas en salud comunitaria. Argentina: Paidós, 1998.
63. MOSCOVICI, Serge. Psicología social. Tomo I. México D.F.: Paidós, 1993.
64. _____. La Era de las Multitudes. México D.F.: Fondo de cultura económica, 1985.
65. MORALES, Francisco; OLZA, Miguel. Psicología social y trabajo social. Madrid: Mc. Graw Hill, 1996.
66. MORALES, Francisco. Psicología social. Madrid: Mc. Graw Hill, 1999.
67. NACIONES UNIDAS. Disability statistics compendium. New York: Autor, 1990.

68. NACIONES UNIDAS. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. En: VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Discapacidad y derecho. Santafé de Bogotá: Autor, 1996.
69. NAGLER, Mark. Perspectives on disability. California: Health Markets Research, 1993.
70. NOBOA, Roxana. Representaciones Sociales: Traducción de algunos capítulos. Trabajo de grado para optar al título de licenciada en Filología e Idiomas. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas. Santafé de Bogotá, 1994.
71. OLIVER, Michael. The Politics of disablement. Houndmills: Macmillan Press, 1990.
72. _____. Understanding Disability. Houndmills: Macmillan Press, 1996.
73. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad CIDDM-2. Borrador Beta-2. Versión completa. Ginebra: Autor, 1999.
74. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud CIF. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España, 2001.
75. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington D.C.: OPS-OMS Publicación científica N° 540, 1992.
76. OSORIO, May y ROJAS, Ibett. AVISA por discapacidades de comunicación: descripción y aplicación del indicador AVISA.. Trabajo de grado para optar al título de Fonoaudiólogas. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. 1999.
77. PAICHELER, Henri. La epistemología del sentido común. En: MOSCOVICI, Serge. Psicología social. Tomo II. México D.F.: Paidós, 1993.
78. PARDO, Graciela. Investigación en salud. Cali: Universidad del Valle, 1997.
79. PARKER, Susan. Mensaje de Rehabilitación Internacional. En: One in ten, publicación de Rehabilitación Internacional y UNICEF. vol. 15 (1996). p. 3.

80. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Ley 361. Discapacidad, ley para una oportunidad. Santafé de Bogotá, 1997.
81. _____. Plan nacional de apoyo a la discapacidad 1999 – 2002. Bogotá, 1999.
82. _____. Política nacional de construcción de paz y convivencia familiar haz paz. Santa Fe de Bogotá, 2000.
83. _____. Bases para la formación de política pública en discapacidad. Bogotá, 2004.
84. PRIESTLEY, Mark. Disability politics and community care. Philadelphia: Jessica Kingsley publishers, 1999.
85. PUIG DE LA BELLACASA, Ramón. Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En: II Seminario sobre discapacidad e información. Madrid, 1987.
86. QUEVEDO, Emilio. La cultura desde la medicina social. En: PINZON, Carlos; SUAREZ, Rosa y GARAY. Gloria. (Comp.). Cultura y salud en la construcción de la Américas. Bogotá: Zeus Asesores, 1993.
87. QUINTANA Patricia, OTOYA María Cristina, TENORIO Liliana. Formación del recurso humano en rehabilitación; el caso de la Universidad del Valle- la discapacidad y la formación de profesionales-. En: II Congreso de rehabilitación de la persona con discapacidad Memorias. Cali, 1997
88. QUIROZ, Abraham. Actitudes y representaciones, temas actuales de psicología social. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2004.
89. RAMÍREZ, Yolanda. Hacia una caracterización de los procesos organizativos de los consejos locales de discapacidad. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, 2001.
90. REGUERA, Luis. Marco de referencia para la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo. En: Memorias II Congreso de rehabilitación de la persona con discapacidad. Cali: medio magnético, 1997.

91. REHABILITACIÓN INTERNACIONAL. Carta para los años 80. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), 1982.
92. REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema de Seguridad Social Integral - Ley 100 de 1993. Santafé de Bogotá: Lito Imperio, 2001.
93. RODRÍGUEZ, Francy. Actitudes de los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia frente a las personas con discapacidad. Trabajo de grado para optar al título de Terapeuta Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Santafé de Bogotá, 1998.
94. RODRÍGUEZ Cerda, Oscar; DÍAZ, Fernando y MENDOZA, Alan. Entre los adversarios de una sociedad: la política y la justicia. Estudio del pensamiento social. En: Polis: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial. Vol. 1 N° 19, 1996.
95. RODRÍGUEZ, Sarah. Ocupación, discapacidad y costos. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 2000.
96. _____. Red Nacional de Apoyo para la atención a la Discapacidad. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 2000.
97. RUIZ, José Ignacio. Representaciones sociales. Documento de trabajo. Departamento de Psicología Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2001.
98. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Diagnósticos locales con participación social, Bogotá D.C. Disponibles en www.saludcapital.gov.co, 2000.
99. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidades en Bogotá D.C. Dirección de Salud Pública, 2001.
100. _____. Plan Distrital de Discapacidad 2001 – 2005. Dirección de Salud Pública, 2001.
101. TRUJILLO, Alicia; CUERVO, Clemencia y ESCOBAR Martha. Más allá de una visión clínica de la discapacidad. En: Revista ocupación humana. Bogotá: vol. 8 N° 4 (2000). p. 28 – 38.

102._____. Documento de trabajo. Contexto: Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, 2001.

103.TRUJILLO, Alicia y CUERVO, Clemencia. Evolución de la visión conceptual sobre discapacidad e inclusión social en la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. En: CUERVO, Clemencia; TRUJILLO, Alicia; VARGAS, Diana; MENA, Beatriz y PEREZ, Lyda. Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.

104.TURNER, Bryan. Disability and the sociology of the body. En: ALBRECHT, Gary; SEELMAN, Catherine y BURY, Michael (Eds.). Handbook of disability studies: California, Sage Publications, 2001.

105.URIBE, Francisco; SILVA, Irene; ACOSTA, Teresa y JUÁREZ, Juana. Política y democracia. En: JODELET, Denise y GUERRERO, Alfredo. Develando la cultura: Estudios en representaciones sociales. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.

106.VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Discapacidad y derecho. Santafé de Bogotá: Autor, 1996.

107.VIVEROS, Mara. La Noción de Representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. En: Revista Colombiana de Antropología. vol. XXX, 1993.

108.WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneve: Autor, 1980.

109.ZOLA, Irving. La medicina como institución de control social. En: DE LA CUESTA, Carmen (Comp.). Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, 1999.

110._____. Self, identity and the naming question: reflections on the language of disability. En: NAGLER, Mark. Perspectives on disability. California: Health Markets Research, 1993.

