

**Discapacidad Intelectual, Evolución del discurso y su Incidencia en la Inclusión Social de
la Persona con Discapacidad Intelectual**

Emérita Carrillo Vargas

Orlando Montenegro

Director Trabajo de Grado

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades - ECSAH-

Psicología

Marzo, 2018

Dedicatoria

A Esneda, quien inspiró cada palabra...

Agradecimientos

A mi tutor Orlando Montenegro por su incomparable guía

A mis padres por acompañarme en cada paso de mi vida.

A Dios por darme la voluntad y los medios para alcanzar mi sueño, en su tiempo perfecto.

Tabla de Contenido

Introducción	5
Justificación	7
Objetivos.....	10
Metodología.....	11
1. Historia de la Discapacidad Intelectual DI.....	12
1.1 El Discurso.....	12
2. Evolución del Concepto Discapacidad Intelectual Desde Diferentes Perspectivas Disciplinarias.....	24
3. Resignificación del Discurso Sobre la Discapacidad Intelectual en el Contexto Social.....	35
3.1 Cambio de Paradigma, Paradigma de los Apoyos.....	37
3.2 Enfoque Diferencial, Reconocimiento de los Derechos de la Población con DI.....	39
3.3 Rol de la Psicología desde en la Discapacidad Intelectual.....	43
3.3.1 Psicología Social.....	43
3.3.2 Psicología Especial en el Campo Educativo.....	44
Conclusiones.....	47
Bibliografía.....	50

Introducción

El discurso de la discapacidad intelectual DI, ha estado compuesto por terminología que hace énfasis en lo que es diferente, o anormal, persistiendo en todo aquello que hace distinto a un individuo de los demás. “la discapacidad se asocia al par sano- enfermo y al par normal-anormal”. (Umaña, 2007, p.7).

Generalmente estos discursos provienen de sistemas de poder y por lo tanto son aceptados como verdaderos e irrefutables por las colectividades, sin tomar en cuenta si obedecen o no a la realidad, perpetuándose a través del tiempo y conllevando a acciones que excluyen y discriminan a quien es categorizado como desigual. “La distribución de los sujetos que hablan en los diferentes tipos de discursos y la adecuación de los discursos a ciertas categorías de sujetos”. (Foucault, 1992, p.27):

Las implicaciones del discurso no solo repercuten en los imaginarios sociales, también afectan la identidad de la persona con DI, la cual ha sido construida socialmente desde la diferencia y el rechazo. “Nociones acerca de normalidad, persona, perfección y competencia siendo construcciones sociales están indudablemente relacionadas con la discapacidad, más difieren de lugar a lugar.”(Miranda 2008, p. 170).

Habitualmente el concepto de la discapacidad se ha asociado a una limitación funcional, que puede afectar la adaptación del individuo al medio ambiente. Sin embargo, a pesar de ser considerada una desventaja es necesario tomar en cuenta hasta qué punto esta limitación impide que sean funcionales en el medio, teniendo presente la sociedad y la cultura, al respecto González (citado por Cabello 2007), menciona que:

Para que una sociedad sancione como discapacidad a una limitación funcional, esta tiene que ser minoritaria y presentarse en un área valorada dentro de la cultura donde el individuo habite. Por ello la discapacidad no es realmente individual sino una condición que puede más bien considerarse socio-cultural. (pág. 57).

Estas barreras socio-culturales se reflejan en distintos ámbitos, educativo, laboral, familiar-afectivo, y pueden ser acrecentadas a través del lenguaje despectivo, narrativas que durante décadas han tenido que afrontar las personas con DI. Este trasciende en los imaginarios de las colectividades y pueden fomentar un ambiente de prejuicio y exclusión.

Dado lo anterior la identidad de la persona con DI, es el reflejo de lo que consideran los otros, de creencias arraigadas de generación en generación: “Las creencias colectivas son construidas por los individuos en su habla y en su acción cotidiana”. (Castorina, 2016, p.1).

Históricamente el discurso ha sido abordado desde diversos modelos y posturas, los cuales han ido evolucionando convirtiéndose en definiciones cada vez más multidisciplinarias; sin embargo cada época trajo consigo una terminología que más que favorecerle contribuyó a la estigmatización y el rechazo.

Resignificar el discurso de la DI, implica propiciar el uso de expresiones y términos que no lejos de la realidad favorezcan la inclusión y minimicen las prácticas excluyentes dentro de su cotidianidad.

Justificación

La historia da cuenta de términos utilizados en el campo médico-psiquiátrico para referirse a la Discapacidad Intelectual, términos que poco a poco hicieron parte del lenguaje coloquial y que acabaron siendo utilizados por las colectividades para denigrar, resaltando la condición como una ofensa personal. Según Verdugo, (citado por Navas, Verdugo, Gómez, 2008):

Uno de los inconvenientes tradicionalmente señalados con respecto al empleo de sistemas de clasificación ha sido el conocido problema del “etiquetaje”. Las categorías diagnósticas no tienen por qué tener en sí mismas un cariz negativo, sino que pueden adquirirlo cuando son utilizadas de un modo peyorativo, hecho bajo el cual suele residir un problema actitudinal. (p.145).

La clasificación de la discapacidad intelectual en un test de inteligencia aplicado en el año 1910, indica que expresiones tales como: tarado, imbécil, idiota, se utilizaban para hacer referencia al grado de retraso. Los tarados estaban en la clasificación de DI leve o ligera, imbécil a DI moderada o severa y por último la expresión idiota hacía referencia al DI profunda. (Peredo, 2016, p.114).

El uso de expresiones despectivas tienen una fuerte influencia en la percepción que tienen las colectividades, las cuales le otorgan una identidad a la persona con DI que puede ser lejana a la realidad pero que sin embargo han traspasado de generación en generación. “Intentemos figurarnos el complejo mecanismo por el cual un niño aprende a designar a un no vidente como *cieguito*, en diminutivo y en voz baja, aún antes de conocer a una persona ciega o de tomar conciencia de su propia visión”. (Gonzales, D.1999, p. 1)

Es así como las narrativas excluyentes, tienen su base en el uso del lenguaje despectivo y es uno de los tantos obstáculos que han tenido que superar, situación que ha afectado la inclusión social. Al respecto McLaren (citado por Baquero, 2015):

Las narraciones nos ayudan a representar el mundo. También nos ayudan a recordar y a olvidar sus placeres y sus horrores... Ayudan a compartir nuestra realidad social tanto por [lo] que excluyen como por lo que incluyen. Proporcionan los vehículos discursivos para transformar el hecho de conocer en el acto de explicar. (p. 173).

De este modo la presente investigación bibliográfica tiene como propósito realizar un análisis sobre la evolución del discurso de la discapacidad intelectual respecto a conceptos, apreciaciones, que cada época trajo consigo y su incidencia en la inclusión social de la persona con DI.

Al respecto en un artículo realizado por la Universidad de Manizales sobre las representaciones sociales y discapacidad (Builes & Vasco, 2008), indican que la discapacidad ha sido representada desde la deficiencia y el estigma:

Comprendiendo el estigma como una categoría de atributos específicos asignados a un grupo, se podría plantear que la población con déficit en alguna estructura corporal se ha signado con una serie de características que han llevado a que estos vivan una situación o condición de discapacidad. (p.10)

Las percepciones y creencias que las colectividades han construido alrededor de la DI, son el reflejo de estereotipos que han acogido a lo largo de la historia, cada uno marcado por discursos poco más o menos impuestos. “El estigma y la discriminación por causa de la discapacidad son los principales obstáculos para la inclusión social y son la influencia más negativa en la vida de las personas con discapacidad intelectual y sus familias”... (Abreu, E & et al, 2010, p.115).

De este modo invita a la psicología social y a la psicología especial -en particular- a intervenir oportuna y adecuadamente, desde un nuevo que promueva la inclusión y contribuya al desarrollo de sus potencialidades, conllevándoles a ser cada día más funcionales tanto en su cotidianidad como en la sociedad.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la evolución del discurso de la Discapacidad Intelectual y su incidencia en la inclusión social de la persona con discapacidad intelectual.

Objetivos Específicos

-Identificar conceptos, términos y apreciaciones que las colectividades percibían como reales acerca de la DI desde los griegos hasta el siglo XXI.

-Distinguir la evolución del concepto discapacidad intelectual desde diferentes perspectivas disciplinarias.

-Reconocer la resignificación del discurso sobre la discapacidad intelectual en el contexto social actual.

Metodología

La presente investigación bibliográfica obedece a una monografía de compilación sobre la evolución del discurso que se ha construido en torno de la discapacidad intelectual y su incidencia en la inclusión social de la persona con DI.

La información ha sido tomada del buscador especializado google y google académico, reconocido por la confiabilidad del material que publica específicamente de carácter científico como son las páginas electrónicas Scielo- Científica Electrónica Library Online, Dialnet, Redalyc y base de datos de la universidad UNAD, con base en los criterios del Modelo Gavilán. De este modo la investigación está sustentada en: 34 artículos, 8 páginas gubernamentales, 1 publicación periódica, 3 páginas especializadas, 2 tesis y 3 libros, de los cuales se extrajo información relevante al tema.

En un primer momento se hizo énfasis en identificar material bibliográfico acerca del discurso de la discapacidad intelectual a lo largo de la historia del hombre, identificando conceptos, términos y apreciaciones que tanto la comunidad científica como las colectividades percibían como reales de acuerdo a los sistemas de poder de cada época, pero también y no menos importante el papel de la familia como principal constructor de identidad de la persona con DI.

En un segundo momento surge la importancia de reconocer el concepto de discapacidad intelectual desde diversas perspectivas disciplinares, de forma general, tomando en cuenta que la misma exige el abordaje multidisciplinar.

Finalmente se procede a realizar un análisis reflexivo sobre la resignificación del discurso de la discapacidad intelectual, principalmente en el cambio de paradigma, en el papel de la

psicología en el proceso, la inclusión en el entorno social, educativo, desde el reconocimiento de sus derechos a través de la aprobación de políticas incluyentes.

Capítulo 1: Historia de la Discapacidad Intelectual DI

1.1 El Discurso

El concepto de discapacidad intelectual en la memoria histórica de la humanidad revela que el lenguaje incide en los imaginarios sociales a través de los cuales, se empezaron a construir ideas prejuiciosas en la forma de percibir la persona con DI, estos, llamados por calificativos discriminatorios, tales como: subnormal, retrasado, mongólico, imbecil, etc.

Aunque tales expresiones se construían en una época y cultura diferente, compartían un mismo significado, el énfasis y rechazo por la diferencia, tal vez por ignorancia o por tratar de explicar y darle sentido a una “anomalía” del ser humano, o posiblemente porque no eran considerados útiles para la sociedad. Según Gonzales, 1999:

Retraso mental (RM) es un concepto con varios "sinónimos": discapacidad, oligofrenia, mogolito, Gorki, mongui, imbecil, idiota, débil, fronterizo, bobo, opa. Estas palabras tienen diferentes orígenes, algunas son del campo científico, otras son simplemente insultos, (algunos de los insultos de hoy eran los diagnósticos de antaño). Otras tienen explicación etimológica ("tarado" significa "que tiene una tara", una carga previa e inútil), otras designan un lugar social, (como "el opa del pueblo"). (p.1).

En el discurso de la DI, se transmiten creencias que influyen en las subjetividades de las colectividades, pero que sucede cuando estos están lejos de la realidad, valdría entonces la pena retomar la pregunta formulada por Foucault (1992): “¿Qué hay de peligroso en el hecho de que las gentes hablen y de que sus discursos proliferen indefinidamente? ¿En dónde está por tanto el peligro?”. (p.5).

Respondiendo a este interrogante, el estigma que genera el discurso de la DI, ha sido una barrera del lenguaje, y una de las tantas luchas constantes en la inclusión social a través de los tiempos.

En la antigüedad una de las primeras explicaciones médicas que buscaba dar cuenta del órgano encargado de las sensaciones, fueron realizadas por el médico griego Alcmeón de Crotón, (500-450 a.c.) Quien descubrió que en el cerebro se generaban las ideas que permitían las sensaciones, pero también el conocimiento, esta investigación dio paso para que Hipócrates se interesara por investigar sobre las enfermedades del cerebro. (Portuondo, 2004).

Dicha investigación partía de su interés por determinar el origen y/o causa del retraso mental, y darle una respuesta biológica a la enfermedad. De acuerdo con Hipócrates, (citado por Portuondo, 2004):

“En su opinión los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades del cerebro, e intentó explicar de forma coherente todas las enfermedades mentales a partir de causas naturales...

Menciona la anencefalia [inexistencia parcial o total cerebral y de la bóveda craneal], así como otras malformaciones craneales asociadas a un severo retraso mental (RM)”. (p.2).

Por otro lado, la antigua Roma da cuenta de diversos casos de infanticidio, ya fuera como sacrificio o por considerarles enfermos o débiles, los niños y niñas eran asesinados de mano de sus propios padres, a quienes se les otorgaba tal derecho. Al respecto Valencia 2014 menciona:

Amparados en la Ley de las Doce Tablas (540 AC) que concedía al «páter familia» el derecho sobre la vida de sus hijos e hijas, a los niños considerados “débiles” o enfermos” se los arrojaba al río Tiber o se los despeñaba de la roca Tarpeia, junto con ancianos y personas adultas con discapacidad adquirida.(p.6).

Posteriormente tras la caída del imperio romano surge la edad media trayendo consigo una doctrina denominada teocentrismo, caracterizada por ser una corriente de pensamiento en la cual toda actividad humana tenía como centro de realidad a Dios, cualquier contradicción era considerada sacrilegio y castigada con pena de muerte, las investigaciones científicas cayeron en un estancamiento, motivo por el cual al periodo medieval también se le conoce como el periodo del oscurantismo.

Las creencias cristianas tuvieron un fuerte arraigo en los individuos de la época, sin el apoyo de la ciencia y con una doctrina impuesta, la superstición empieza a emerger, las personas con discapacidad intelectual son consideradas personas poseídas por seres demoniacos que los atormentan. Al respecto Portuondo, 2004 afirma:

En esa época se consideraba que los enfermos mentales eran criaturas poseídas del demonio y los únicos medios de curación eran la tortura y la hoguera. En la Europa medieval solo se podían considerar “afortunados” los retrasados mentales cuando eran vistos como “bufones” o “abortos de la naturaleza. (p.2).

Pareciera que todo aquel que fuera percibido como diferente era merecedor de tales tratos, muchos eran escondidos, otros eran abandonados por sus padres o familiares, terminando en asilos o manicomios, sitios donde eran ultrajados. “Muchos de los personas con deficiencias eran institucionalizados, escondidos en el patio de sus casas, segregados de la participación familiar, general y social”. (Sosa, 2009, pág. 61).

La persona con DI, tenía pocas o nulas posibilidades de ser aceptado socialmente, cabe destacar que el discurso acrecentaba el trato inhumano, situación contradictoria tomando en cuenta la doctrina que predominaba en la época. Aquellos quienes fueron expulsados de sus

hogares no tenían más opción que vivir como indigentes, pordioseros, entre la lástima y el temor.

Al respecto Jiménez, (sf) menciona:

Se pensaba que las PCD [Personas con Discapacidad] debían ser excluidas debido a considerarlas como objetos de maleficios o de advertencias divinas, o se les consideraba como objetos de compasión y lástima, generando la demanda a la caridad, al ejercicio de la mendicidad y a ser objeto de diversión de otros. (p.3).

Es así como el discurso de la iglesia tiene una connotación entre lo místico y lo diabólico, entre lo conocido y desconocido buscando separar lo normal de lo anormal. “El discurso cargado de poderes y de peligros se ordenaba poco a poco hacia una separación entre el discurso verdadero y el discurso falso”. (Foucault, 1992, p.39).

Más adelante en el siglo XV, se producen hechos importantes que marcaron la historia, los cuales surgen como oposición ante las arbitrariedades de la iglesia, situación que ocasiono una crisis de fe en los individuos, quienes empiezan a exteriorizar otros tipos de pensamiento, conllevando al nacimiento de un nuevo periodo, conocido como el renacimiento.

Este nuevo pensamiento se hace visible a través de acontecimientos trascendentales tales como: el descubrimiento del nuevo mundo, la imprenta, la reforma protestante, impulsando el progreso y reavivando la investigación científica, especialmente el interés por clasificar las enfermedades mentales. De acuerdo con Portuondo, 2004:

Platter intentó clasificar todas las enfermedades incluidas las mentales; puede considerarse un precursor en este sentido. En su clasificación introduce el término de imbecilidad mental, con diferentes categorías. Poco después, en 1667, el anatomista y médico inglés *Thomas Willis* (1621-

1675), introduce el término morosis para denominar el RM. Lo que a pesar de lo inhumano del término representó sin dudas un logro en sus tiempos. (p.2).

Empiezan entonces a construirse conceptos y/o términos médico-psiquiátricos, para dar explicación a las enfermedades mentales, aceptados socialmente dada la procedencia de los mismos, sin embargo en aquella época no se tomaba en cuenta la trascendencia de estos, sobre la persona con DI.

A estos nuevos avances surge un nuevo pensamiento conocido como la reforma protestante impulsada por Martin Lutero, quien conformo un nuevo movimiento religioso y cristiano, denominado protestantismo, creado como oposición a la política de la iglesia católica.

Sin embargo pese a los notables cambios ocurridos con la incursión de este personaje, los roles asignados por la sociedad a las personas con DI continuaban siendo los mismos; como limosneros o como poseídos, siendo la mendicidad la mejor alternativa, dada que las concepciones demoniacas que les atribuían tenían consecuencias funestas.

De este modo, vulnerables y sin nadie a su favor podían fácilmente terminar en la hoguera. “Martin Lutero y Calvino las denunciaban como “habitadas por el demonio”. El primero llegó a ordenar la ejecución de un niño con discapacidad mental. En las ciudades reformadas de Hamburgo y Frankfurt existían las “jaulas de los idiotas”... (Valencia, 2014, p.11).

Entre los siguientes siglos, el panorama continuó siendo desalentador, aunque el concepto había evolucionado en cierto grado, no dejaba de ser excluyente, la percepción de las colectividades hacia las personas con DI seguían siendo las mismas, perpetuando la crueldad y la exclusión. De acuerdo con Sosa, 2009:

Durante los siglos XVII y XVIII, a quien tenía una deficiencia psíquica, se le consideraba persona trastornada, se le internaba en orfanatos o manicomios, sin recibir ningún tipo de atención específica. Se les denominaba imbéciles, amentes, débiles mentales, diferentes, locos o locas. (p. 60).

En el siglo XVIII, se escribe una nueva historia en la vida del hombre, la revolución francesa, caracterizada por la igualdad, libertad y fraternidad, generando en el campo de la medicina una nueva mirada hacia los considerados enfermos mentales, donde se abogó por que fueran tratados como pacientes y despojados de las cadenas en los hospitales. (Portuondo, 2004, p. 1).

De este modo fueron institucionalizados, y es allí donde surgen los servicios psiquiátricos y se funda la psiquiatría americana Benjamín Rushen en EE.UU, algunos centros eran subsidiados por el estado y otros por la iglesia. Sin embargo no existía un tratamiento específico, la metodología aplicada era cruel e inhumana, tanto del enfermo mental como del reciente denominado retrasado mental.

Uno de los relatos más conmovedores que puede ubicarnos y darnos una idea de cómo eran tratadas las personas catalogadas como enfermas mentales en la época, se transmite en los escritos de Johan Christian Reil (citado por Portuondo, 2004):

[...] Como si fuesen criminales, encarcelamos a estas miserables criaturas, en ocultas mazmorras semejantes a cuevas de lechuzas en áridas simas, más allá de las puertas de las ciudades, o en las húmedas celdas de las prisiones, donde nunca penetra una humanitaria mirada de piedad, y los dejamos encadenados entre sus propios excrementos. Los grilletes han hecho mella en la carne que rodea sus huesos y sus caras consumidas y pálidas, se dirigen ansiosamente hacia la sepultura, el manto que cubrirá su desgracia y el final de su miseria. El ruido de los pacientes excitados y el

rechinar de las cadenas se oye de día y de noche y elimina a los recién llegados la poca cordura que les quedaba. (p.2).

Tal vez una de las peores tragedias que podían sobrevenir sobre la persona con DI, no era la condición como seguramente se pensaba en aquella época, era más bien la crueldad de aquellos que estaban a su alrededor, practicas sustentadas en el discurso peyorativo.

En este siglo el término “idiotismo” prevalecía para designar el retraso mental, al respecto Esquirol, distingue la idiocia en dos grados, la primera y más leve la imbecilidad y la idiotez, como la más profunda. (Gómez, Ruiz & Fernández, (sf), p. 613).

Por otra parte cabe mencionar que el poder discursivo no era exclusivo de la iglesia, también la burguesía tenía una actitud de rechazo y discriminación hacia la persona con DI.

“Esquirol...fue el primero en distinguir al demente como “un rico arruinado, privado de los bienes que poseía” del idiota que “siempre ha estado en el infortunio y la miseria” (Gómez et al, (sf), p.613).

De este modo los discursos excluyentes estaban establecidos en instituciones o estratos de poder hegemónicos, quienes no solo tenían la potestad de expresar sus opiniones libremente, sino también de imponerlas a voluntad. “...Podemos ver que los discursos, en el mundo burgués, no se interesan por el loco o el niño, lo que interesa de ellos es el ejercicio mismo del poder”.

Foucault (citado por Pinzón, 2012, p.90).

A finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, se abre un nuevo horizonte, el de la rehabilitación, el cual hace énfasis en las limitaciones del individuo y la importancia del abordaje interdisciplinario para apoyar el tratamiento. Este modelo rehabilitador empieza a consolidarse

mediante los avances científicos dando paso a una nueva visión en el que las limitaciones pueden ser rehabilitadas dado su origen psíquico, físico o sensorial.

Este nuevo abordaje rehabilitador supone el trabajo de diversas disciplinas, con el objetivo de corregir o modificar posibles anomalías. “La solución se piensa en la búsqueda de la intervención profesional de todos los especialistas que constituyen el ya clásico equipo de rehabilitación, (médico, fisiatra, terapia ocupacional, trabajador social, psicólogo, etc.)”. (Sosa, 2009, p. 62).

La Psicología asume un rol importante con la Asociación Americana del Retardo Intelectual (American Association of Mental Retardation, AAMR), fundada en el año 1876 como la principal organización profesional para personas con discapacidades cognitivas significativas o intelectuales en los Estados Unidos, institución que ofrece una definición más amplia sobre lo que significa la DI.

La primera definición fue publicada en el año 1959, reconocida como el primer Manual y Clasificación de la DI, considerándola como: “... [Retraso mental], consiste en un rendimiento intelectual general inferior a la media, que se origina durante el periodo de desarrollo y que se asocia con discapacidades en la conducta adaptativa”. Heber (citado por Peredo 2016, p. 108).

Posteriormente esta institución realizó pequeños cambios en la definición, sin embargo durante los años 1961, 1973, y 1983 se siguió haciendo énfasis en los rangos del CI con respecto a la media y la conducta adaptativa. “... [Retraso mental], se refiere a funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en conductas adaptativa y se manifiesta en el periodo de desarrollo”. Grossman (citado por Peredo 2016, p. 109).

Pese a que el término Retardo Mental representaba como un todo a la persona, acarreado consigo el paradigma del déficit, la AAMR le reemplaza por el de Discapacidad Intelectual. Esta nueva definición marca un acontecimiento puntual en el discurso impuesto a lo largo de la historia, en él se refleja una identidad distinta en el imaginario social, visibilizándolos desde otra perspectiva, que no fuera únicamente su condición.

De este modo hasta mediados del siglo XX la DI fue considerada un rasgo absoluto en el individuo, sin embargo esta situación empieza a modificarse en la medida en que hace presente en el discurso la importancia del tratamiento para el desarrollo de habilidades y destrezas significativas. “La importancia de este cambio progresivo en el constructo de discapacidad es que la discapacidad intelectual no sea considerada durante más tiempo únicamente como un rasgo absoluto, invariable de la persona”. DeKraai & et al (citado por Schalock 2007, p.7).

Al respecto a finales de los años sesenta las personas con discapacidad se unen para protestar contra las barreras sociales. “Reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que —según alegaban— discapacitaban a las personas con discapacidad. (Palacios, 2008, p.107).

De este modo el paradigma social adquiere importancia en torno a la discapacidad al tomar en cuenta que las barreras sociales son las principales barreras para las personas con DI, por lo que procura su intervención desde el reconocimiento como sujetos de derechos en diferentes contextos.

Es así como el discurso de la DI ha estado representado históricamente desde el déficit y la anormalidad, empieza a ser modificada enseñando otras posibles potencialidades en la persona

con DI: “El término discapacidad intelectual está siendo cada vez más utilizado en lugar de retraso mental...Durante los últimos 200 años, los términos han sido imbecilidad, debilidad mental, minusvalía mental y subnormalidad mental”. Goodey et al (citado por Schalock, et al 2007, p.8).

Finalmente y reiterando lo anterior en un estudio realizado por la Universidad Externado de Colombia, (Baquero, 2015), se propuso analizar la discapacidad desde el discurso de las narrativas de la sociedad. En él se revelan discursos sustentados en la exclusión, estigmatización, prácticas discriminatorias, normas y estereotipos excluyentes.

“Al imperialismo de esta identidad “el/la discapacitado/a” han contribuido construcciones narrativas excluyentes como la asistencial-caritativa, la médico-clínica y la bio-psicosocial, sobre las cuales predomina en su lenguaje un énfasis de castigo divino, anormalidad, enfermedad y persona deficitaria”. (Baquero, 2015, p.171).

La investigación también reafirma el papel de la iglesia, la cual tenía bajo su cuidado a las personas con discapacidad, que para la época eran consideradas idiotas o imbéciles, y representaban una vergüenza para algunas familias. Según Baquero 2015:

La narrativa del modelo asistencial-caritativo ha estado representada por una respuesta institucional de internamiento, de reclusión vitalicia y de aislamiento social obligatorio en asilos, donde la Iglesia ha jugado un papel determinante en la administración de estas instituciones dedicadas a cuidar a los “idiotas”, “imbéciles”, y que desde la cultura representaban patrones sociales indeseables, y circunstancias vergonzantes para las familias en no pocos casos. (p.173).

Desde la narrativa médico-clínica, la discapacidad está relacionada como déficit y síntoma, descrita como desviación de la normalidad. “Un tercer discurso es el bio-psicosocial, de mayor apertura en tanto considera al individuo como un ser que participa de las esferas biológica, psicológica y social que determinan el estado de salud o enfermedad de la persona”. (Baquero,

2015, p.174).

Por otro lado es importante destacar el papel de la familia de la persona con DI, algunas han tomado posiciones arbitrarias e inhumanas, ya que posiblemente el hecho de afrontar la llegada de un miembro con DI, constituye una de las situaciones más difíciles. Al respecto Gavilán, et al, 2010 afirma:

A menudo se dice que los padres y madres con niños con DI, pasan por las mismas fases que pasamos todos en un duelo: 1) negación, 2) rebeldía, 3) negociación, 4) depresión y 5) aceptación. Lógicamente, no todos los progenitores pasan por estas etapas, ya que las familias, situaciones, discapacidades y formas de afrontarlo no son iguales. (p.83).

La explicación o causa que cada familia le otorgue acarrea variedad de sentimientos, mientras algunos lo aceptan y asumen adecuadamente, para otros representa dolor, castigo, culpa, otros pueden caer en la sobreprotección, considerándoles niños eternos, cualquiera de estas actitudes, afecta drásticamente la relación entre el niño o niña con DI y sus familiares.

En la antigüedad los padres condenaban a sus hijos con DI, algunos eran asesinados por sus propias manos, otros eran escondidos, otros terminaban en manicomios o conventos, otros eran arrojados a la calle, tal vez por temor, impotencia, rechazo, sea cual fuere el sentimiento, muy pocos eran protegidos en el seno familiar.

En un estudio realizado por la Universidad Mayor de San Andrés, CIDES-UMSA, en Bolivia (Conde, 2014), sobre la manera en como algunas familias conciben la DI de sus hijos, revela que existe un sentimiento de castigo, sufrimiento, culpa y rechazo, afectando directamente la autoestima e identidad del niño o niña con esta condición:

Las actitudes de aislamiento y rechazo a los niños y niñas con discapacidades desde el entorno familiar se dan porque éstos no corresponden al imaginario que tienen de lo “normal”. Según las

entrevistas, este tipo de actitudes se dan principalmente con la población con discapacidad intelectual. (Conde, 2014, p.75).

Cómo criticar a la sociedad cuando generalmente es en el seno del hogar donde nace la exclusión y estigmatización de la persona con DI, práctica acrecentada por el lenguaje despectivo de la cultura a la que pertenezcan.

Pese a todas las penurias que han tenido que afrontar, se puede afirmar que el siglo XX y el siglo XXI, son los siglos de la inclusión, en ellos empiezan a construirse otros conceptos de lo que significa la DI, proyectando una nueva identidad de la persona con DI, influyendo directamente en las narrativas excluyentes y los imaginarios sociales que se han venido perpetuando de generación en generación en algunas culturas a lo largo de la historia.

Capítulo 2. Evolución del Concepto Discapacidad Intelectual desde Diferentes Perspectivas

Disciplinarias

Definir que es la DI, ha sido un trabajo arduo en el que cada vez más se procura utilizar un lenguaje que minimice el etiquetaje, reemplazando términos que solo han hecho énfasis en el déficit por otros que procuren visibilizar otras dimensiones de la persona con DI.

Cada una de estas definiciones dejan una huella en la forma de percibirlos, por un lado puede fomentar practicas excluyentes, y por otro lado puede fomentar practicas inclusivas, ambas inciden en los imaginarios sociales, pero principalmente en la identidad y autoestima de la persona que ha sido catalogada con DI. “Si muy a menudo nos encontramos a personas que se infravaloran, en el colectivo de personas con discapacidad intelectual esta actitud se acentúa de una manera preocupante”. Clemens (citado por Rubio 2016, p.18).

El concepto DI tiene su origen en el discurso del campo médico-psiquiátrico, el cual dentro de su lenguaje puramente técnico designa el término “imbecilidad mental”, para distinguir la discapacidad intelectual, término que luego fue reemplazado por “Retrasado Mental”.

De este modo el término DI es un sinónimo del retraso mental, el cual, hace referencia a limitaciones funcionales y adaptativas del individuo con su medio ambiente. Estas limitaciones se evidencian en las dificultades que tienen algunos para la adquisición del aprendizaje (lectura y escritura), otros respecto a su capacidad de ser autónomos e independientes, por lo cual el apoyo de las familias o cuidadores es vital y varía de acuerdo a la profundidad de la condición.

De acuerdo con el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y sus Manuales de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM, consideran que la DI, está clasificada con base en rangos que estandarizan el

nivel de discapacidad, un persona cuyo coeficiente intelectual este por debajo 70 o inferior es considerado una persona con discapacidad intelectual.

El CIE 10 establece la DI, como: “Un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo, tales como las cognoscitivas, lenguaje, motrices y socialización”. (Gómez, Ruiz, Fernández. (sf), p.614)

Esta definición se identifica como CIE 10:F70-79, en ellas el retraso mental está clasificada de acuerdo al grado de dificultades percibidas en el persona respecto al coeficiente intelectual CI, estos son: retraso mental leve F70, retraso mental moderado F71, retraso mental grave F72, retraso mental profundo F73, otro retraso mental F78, retraso mental sin especificación F79.

Por otro lado el DSM ha realizado sucesivos aportes, realizando modificaciones que ha considerado pertinentes en la medida en que la perspectiva sobre la DI evoluciona, este manual es un punto de apoyo de psiquiatras y psicólogos para establecer desórdenes mentales. La primera edición fue realizada en el año 1952 y la última en el año 2013, cada publicación genera polémica, no obstante cada nuevo ejemplar supone una guía para la siguiente.

El DSM-I de 1952, fue considerado el primer manual oficial de trastorno mental, de la mano del psiquiatra Meyers y el psicoanalista Meninger, el manual fue duramente criticado por la psicología debido a la falta de criterios y el etiquetaje del mismo. (Del Barrio, 2009, p.84).

Años más tarde, lanzan una nueva publicación denominada DSM-II en 1968, cuyo contenido es muy similar al primero, como lo expresa Schalock, et al. 2007:

DSM-II, Retraso mental se refiere a funcionamiento intelectual general por debajo de lo normal que se origina durante el periodo de desarrollo y se asocia con deficiencias en el aprendizaje o el

ajuste social, o en ambos. (Estos trastornos fueron clasificados como "síndrome cerebral crónico con deficiencia mental" y "deficiencia mental" en el DSM-I. (p.18).

Sin embargo en 1980 aparece una nueva edición DSM-III, cuya principal reforma fue la inclusión de la edad, así como criterios de inclusión y exclusión para cada categoría, mejorando la fiabilidad y validez del diagnóstico. (Del Barrio, 2009, p.85). En referencia a la definición de la DI, se continua manejando el termino retraso mental considerado como: “las características esenciales son: (1) funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media, (2) que da lugar, o se asocia a, déficit o deficiencias en la conducta adaptativa, (3) con inicio anterior a los 18 años”. (Schalock, et al. 2007, p.18).

Sin embargo esta edición recibió muchas críticas por el exceso de categorías que incluía, 265, motivo por el cual sufre una nueva reestructuración y en 1987 surge el DSM-III- R, en esta edición el cambio consistió en reorganizar algunas categorías, conllevando a la generalización del manual. (Del Barrio, 2009, p.85).

En cuanto a la definición del retraso mental menciona: “Las características esenciales de este trastorno son: (1) funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, acompañado de (2) déficit significativos o deficiencias en la habilidad adaptativa, con (3) inicio anterior a los 18 años”. (Schalock, et al. 2007, p.18).

Entre sus últimas publicaciones DSM-IV y DSM- IV-TR, publicados entre los años 1994 y 2000, se persiste en el criterio unidimensional del retraso mental, como única característica del individuo, observado en el reiterativo énfasis de las dificultades adaptativas y el nivel de inteligencia. Según Schalock, et al. 2007:

La característica esencial del retraso mental es funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media (Criterio A), acompañado de limitaciones significativas en la habilidades adaptativas en al menos dos de las siguiente áreas: comunicación, cuidado personal, vida en el

hogar, habilidades **sociales/interpersonales**, utilización de los recursos de la comunidad, autodirección, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo, salud y seguridad (Criterio B). El inicio es anterior a los 18 años (Criterio C). El retraso mental tiene diferentes etiologías y podría considerarse como resultado de varios procesos patológicos que afectan al funcionamiento del sistema nervioso central. (p.19).

Finalmente en el año 2013, se publica el DSM-5, en este ejemplar se adopta la definición dada por la AAMR, en la cual el término retraso mental es reemplazado por el de discapacidad intelectual DI, este cambio significativo va dirigido a otros ámbitos como el educativo, social y legal, y tiene como objetivo minimizar el estigma social de la etiqueta.

Para el DSM-5, la discapacidad intelectual se define como: "...Un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual y también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico". (Lacámara, 2016, p.14).

Esta definición incluye el cumplimiento de tres criterios básicos: deficiencias en las funciones intelectuales, deficiencias adaptativas, inicio de las deficiencias durante el periodo de desarrollo. Al respecto Lacamara (2016), menciona:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo. (p.14).

Dichas clasificaciones exponen el nivel de inteligencia de la persona, y suponen el funcionamiento intelectual del mismo, que van desde el más excepcional hasta el más deficiente dejando entrever los niveles de retraso, un criterio exclusivamente clínico, que no toma en cuenta otras dimensiones del ser. “Si atendemos a la dimensión ‘Funcionamiento intelectual’, tradicionalmente, las puntuaciones de CI han sido el criterio en base al cual se ha clasificado a las personas con discapacidad intelectual diferenciando categorías como las ya conocidas ligera, moderada, severa y profunda”. (Navas et al, 2008, p. 147)

La escala de inteligencia de Wechsler ofrece un puntaje del CI sobre el cual se clasifica el nivel de discapacidad, entre 70-79, se considera una DI limítrofe (borderline o fronterizo), si esta entre 50-69 se considera una DI leve, entre 35-49 se considera una DI moderada y entre 20- 34 se considera una DI grave o severa, por debajo de 20 se considera una DI profunda. Sin embargo en la actualidad el impacto de esta clasificación ha disminuido, según Navas et al, 2008:

No obstante, con el paso del tiempo, el peso de tales puntuaciones se ha visto reducido gracias al desarrollo de otras dimensiones que reflejan la importancia de la interacción de la persona en situación de su entorno, como son las de conducta adaptativa, el contexto o los roles sociales. (p.145).

Desde la perspectiva de la AAMR (American Association of Mental Retardation), entidad que en el año 2007, cambio su nombre a AAIDD (Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y el Desarrollo), cada uno de sus aportes suponen una guía importante sobre la forma de percibir e intervenir esta comunidad. “El modo en que se define un término puede dar lugar a consecuencias significativas. Como han explicado una definición puede hacer a alguien: apto o no para ciertos servicios, persona o no a algo...” Gross et al (citado por Schalock, 2009, p.24).

En los años 60's, la AAMR o actual AAIDD, propone una definición ampliamente aceptada en la época: "El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo, y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo". Heber (citado por Verdugo 1994, p, 7).

Esta definición hacia énfasis en la categoría del CI y en las deficiencias de la conducta adaptativa. Posteriormente en 1983 este concepto fue ligeramente revisado brindando más claridad y utilidad. "El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que resulta o va asociado con déficits concurrentes en la conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo". Grossman (citado por Verdugo 1994, p, 8).

En el año 1992 surge otro concepto y podría considerarse la definición más completa de la AAMR en el siglo XX. Según Luckasson (citado por Verdugo 1994):

Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.

Sin embargo el uso del término retraso mental seguía siendo duramente criticado, por el estigma que ocasiona el etiquetaje, por lo que la AAMR, decide reemplazarlo, por Discapacidad Intelectual, este hecho es trascendental en la historia de la persona con DI, pues trae consigo una nueva perspectiva de lo que significa la condición y la posibilidad de un trato más digno.

Esta definición corresponde al año 2002: “Discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años”. (AAMR, Ad Hoc Committee on Terminology and Clasification, 10ma. Versión). (Peredo 2016, p, 109).

Sin embargo, la comprensión del concepto DI, es amplia, debido a los diversos campos que propenden estudiarla y/o abordarla, por lo que su definición es el producto de diferentes enfoques y/o criterios, en este último se considera que existen cuatro criterios fundamentales para explicarla, tales como: el psicológico, sociológico, biológico y pedagógico”. Bautista & Paradas, (citado por Peredo 2016, p, 107).

El criterio psicológico define que una persona tiene DI cuando presenta una disminución en sus capacidades intelectuales. “...Una persona con DI es aquella que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales, medidas éstas a través de tests y expresadas en términos de cociente intelectual”. Bautista & Paradas (citado por Peredo 2016.p. 107).

No obstante, desde la psicología el concepto se plantea desde distintos enfoques. “Los modelos psicológicos más importantes de análisis del retraso mental han sido el psicométrico, el evolutivo, el psicodinámico, el cognitivo, y el del análisis funcional o comportamental”. Fierro (citado por Verdugo 1994, p.7).

Cabe destacar como se ha mencionado anteriormente que desde el modelo psicométrico, se puede identificar, medir y clasificar el nivel de la misma, la edad media (EM), cuyo objetivo consiste en medir el rendimiento en el test de inteligencia creado por Binet, y el coeficiente intelectual CI. “Hablar de deficiencia mental, de déficit en las aptitudes, se corresponde bien con

un enfoque psicométrico, del cual, por otro lado, resulta bastante difícil prescindir en los demás enfoques, psicológicos o no”. (Fierro, 1984, p.1).

De acuerdo a lo anterior se puede afirmar que independientemente del enfoque psicológico, se hace casi necesario aplicar un test psicométrico para poder establecer con mayor fiabilidad la posible existencia de una DI y el grado en el que se encuentre. Sin embargo es importante recordar que su resultado mide el nivel intelectual pero deja de lado otras esferas del individuo.

Ahora bien desde el modelo evolutivo, la DI, incluye el desarrollo psíquico a partir del nacimiento hasta la vejez, caracterizado por el retraso en sus capacidades en comparación con individuos de la misma etapa, por lo que además de retraso se evidencia la deficiencia en el proceso progresivo. “El problema evolutivo de los retrasados mentales es un retraso no armónico o equilibrado en las distintas áreas conductuales, sino más bien desigual, irregular, disarmónico, en heterocronía [cambios biológicos]... Zazzo, (citado por Fierro, 1984, p.2).

Desde la posición del modelo análisis funcional o comportamental, definir el concepto DI, no es relativamente importante, puesto que centra su interés en el abordaje del tratamiento, investigando el estímulo/respuesta que rige el retraso. “El enfoque funcional conductista ha contribuido a despertar una enorme esperanza y optimismo en las posibilidades de tratamiento psicológico y también pedagógico de la conducta retrasada”. (Fierro, 1984, p.1). Es así como este modelo genera expectativa al centrar su intervención en las áreas conductuales.

Contrario al modelo análisis funcional o comportamental, el modelo psicodinámico toma como base la personalidad para comprender la DI.” En ellas se postula que la deficiencia o retraso no es sino la expresión de un trastorno más global, que afecta a la estructura completa de la personalidad y no sólo al desarrollo intelectual” (Fierro, 1984, p.1).

Por último el enfoque cognitivo identifica el concepto DI, a partir de las dificultades en el procesamiento cognitivo o procesamiento de la información como son: atención, percepción, diversos registros de memoria, etcétera. (Fierro, 1984, p.1).

Continuando con los criterios considerados fundamentales para describir la DI, está el criterio social, uno de los más importantes si se tiene en cuenta su carácter inclusivo o excluyente en las prácticas sociales. Para este criterio un indicio de DI, se refleja en la adaptación social y la autonomía, en su contexto. "...Una persona con DI presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar una vida con autonomía personal". Bautista y Paradas (citado por Peredo 2016.p. 107).

Otro punto de vista surge en el área de la medicina donde se hace énfasis en lo biológico. "La DI tiene un sustrato biológico, anatómico o fisiológico, y se manifestaría durante la edad de desarrollo hasta los 18 años". Bautista y Paradas (citado por Peredo 2016.p. 107).

Volviendo la mirada hacia las causas que pueden dar origen a su desarrollo, están las condiciones genéticas y ambientales que perjudican el desarrollo cerebral, otras se producen durante el parto o después del nacimiento, generalmente se presenta en la infancia y antes de los 18 años de edad. Algunas de estas causas son: Trastornos hereditarios, anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down), enfermedades y dificultades durante el embarazo o el nacimiento (como la falta de oxígeno), dificultades después de nacer (infecciones como meningitis y encefalitis), y otras causas que no se pueden identificar. (Sulkes, (sf), p.1).

Posiblemente el ignorar las causas que la originan, haya sido uno de los motivos que han conllevado a la conformación de discursos erróneos que intentan dar una explicación que lejos de

ser acertada, fue la base para que fueran torturados física y psicológicamente a través de los tiempos.

Como último criterio, se encuentra el criterio pedagógico, este hace énfasis en el proceso de aprendizaje. En el inicio de la escolaridad del niño o niña, se pueden presentar dificultades muy notorias en la asimilación de la lectura, escritura y adaptación, esta situación puede ser un indicio de que exista un DI en el menor. “Una persona con DI es aquella que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje regular y que, por tanto, tiene unas necesidades educativas diferentes; es decir, necesita de apoyos educativos específicos que le permitan avanzar”. Bautista & Paradas (citado por Peredo 2016, p, 107).

Sin embargo pese a las definiciones sobre la DI desde el campo médico-psiquiátrico, biológico, psicológico, social y pedagógico, es importante reconocer el enfoque de la DI desde la perspectiva jurídica, pues ellos también son sujetos de derechos.

Al respecto más que una definición el enfoque jurídico se apoya en el campo médico y toma en cuenta que las posibles alteraciones de las dimensiones cognoscitivas y volitivas de la persona pueden afectar la conducta y toma de decisiones, como lo menciona Gaviria (2005):

Algunas expresiones, procedentes del lenguaje popular, relativas a la enfermedad mental, se han infiltrado en la terminología jurídica y se les ha conferido el significado de conceptos psiquiátricos establecidos....y se han empleado en forma equívoca en el lenguaje jurídico como sustitutos de lo que hoy se describe dentro del concepto general de trastorno mental. (p.29).

Dado el caso en que una persona con DI, cometiera un delito este, según la legislación es considerado como inimputable, pues se asume que su condición afecta el grado de conciencia, exonerándole de toda responsabilidad. “En el ordenamiento penal colombiano los estados de trastorno mental e inmadurez psicológica permiten incidir inimputabilidad”. (Gaviria, 2005, p.1).

La definición de la DI, a través de los tiempos ha estado marcada por la asociación entre discapacidad-diferente, acrecentado por el lenguaje generalmente despectivo que cada época le ha asignado y cuya influencia repercute en la construcción de imaginarios sociales que habitualmente no han correspondido a la realidad y que han afectado la inclusión social. “De hecho, el problema no está en qué son las diferencias sino en cómo inventamos y reinventamos, cotidianamente, a los “diferentes”. Skliar (citado por Umaña, 2007, p, 11).

Pese a las dificultades se han logrado grandes avances en lo que significa la DI, cada definición trae consigo una nueva mirada más humana e integradora, cuyo trascendencia se refleja en las narrativas populares. “Por tanto, debemos dar cabida a la posibilidad de cambio pues lo simbólico y los discursos sociales no tienen un carácter inmutable; son creaciones culturales y por ende pueden ser modificadas”. (Umaña, 2007, p, 11).

La definición de la DI, a través de los tiempos ha estado marcada por la asociación entre discapacidad-diferente, acrecentado por el lenguaje generalmente despectivo que cada época le ha asignado y cuya influencia repercute en la construcción de imaginarios sociales que habitualmente no han correspondido a la realidad y que han afectado la inclusión social. “De hecho, el problema no está en qué son las diferencias sino en cómo inventamos y reinventamos, cotidianamente, a los “diferentes”. Skliar (citado por Umaña, 2007, p, 11).

Pese a las dificultades se han logrado grandes avances en lo que significa la DI, cada definición trae consigo una nueva mirada más humana e integradora, cuyo trascendencia se refleja en las narrativas populares. “Por tanto, debemos dar cabida a la posibilidad de cambio pues lo simbólico y los discursos sociales no tienen un carácter inmutable; son creaciones culturales y por ende pueden ser modificadas”. (Umaña, 2007, p, 11).

Capítulo 3: Resignificación del Discurso Sobre la Discapacidad Intelectual en el Contexto Social Actual

En la antigüedad son pocos los acontecimientos que rescataron la dignidad humana de las personas con discapacidad intelectual, sin embargo a mediados del siglo XVIII, el médico francés Philippe Pinel, reconocido por proponer desencadenar a los enfermos mentales, encontró en los bosques de Francia a un niño que luego llamarían Víctor de Aveyron, personaje que cambió radicalmente la percepción que se tenía de la DI. “En Francia aparece en el bosque de Aveyron, un niño de 11 años, con costumbres “animalescas”. Fue encontrado por Felipe Pinel, quien lo declara “idiota incurable”. (Sosa, 2009, p.61).

Huérfano y abandonado a su suerte, hecho muy común en la época, Víctor creció privado posiblemente de todo contacto humano, esta carencia de afecto dejó huellas negativas tanto emocionales como sociales. De este modo además de considerársele un niño salvaje también fue catalogado como un idiota incurable, un ser sin posibilidades de recibir educación y socializar con sus semejantes.

Para Pinel y algunos de sus colaboradores, Víctor representaba un enfermo mental más, su perspectiva psiquiátrica le impedía percibirlo desde otra dimensión que no fuera la de la deficiencia. “A aquellos científicos les preocupaba fundamentalmente el diagnóstico del problema, la causa patológica que explicaría el lamentable estado de Víctor, porque, a su juicio, Víctor era un enfermo incurable y, en ese sentido, ineducable...” (Gramigna & González, 2010, p.79).

Este enfoque estrictamente clínico, no tomaba en cuenta que las dificultades intelectuales que el niño presentaba podrían tener una causa social al ser apartado de sus semejantes y no una causa biológica como posiblemente suponían.

Sin embargo pese a las pocas oportunidades con las que Víctor contaba, tuvo la buena fortuna de que el joven médico Itard, considerado el precursor de la educación especial, pudiera ver en él, un ser humano, que necesitaba ser protegido, y empezó a desarrollar estrategias para que el niño pudiera interactuar con sus semejantes a través de la educación. “Para él, Víctor no era un enfermo, tan sólo un pobre niño abandonado, ensimismado y mudo, víctima de una extrema carencia social, y al que sólo se le podría ayudar con un programa educativo que atenuara esa carencia”. (Gramigna & González, 2010, p.79).

Pese a su grandioso trabajo, este no tuvo eco en su época, puesto que Víctor a pesar de sus significativos pero lentos avances, aún continuaba siendo un niño con discapacidad intelectual. De acuerdo con Verdugo, 1994:

La primera experiencia de educación y tratamiento es llevada a cabo por Jean Itard... Aunque el niño no llegó a convertirse en una persona normal, Itard demostró que una persona diagnosticada de "idiota", podía llegar a aprender determinadas habilidades sociales con un entrenamiento sistemático adecuado. (p.5).

Sucesos como este empiezan a romper estigmas y prejuicios en torno a la DI, lamentablemente el tiempo en el que ocurrió no fue valorado, sin embargo pone en tela de juicio aquellas narrativas que les perciben como seres inferiores sin capacidades, demostrando que es posible desarrollar en ellos habilidades educativas y sociales.

En la actualidad este hecho es memorable no solo por la buena intención de proteger a un ser desvalido sino porque este abre una brecha para la inclusión en la sociedad, el de la educación.

3.1 Cambio de Paradigma, Paradigma de los Apoyos

La AAIDD, antes AAMR, le otorga al concepto DI un significado más multidisciplinario e integrador al que considera denominar paradigma de los apoyos "...Implican un cambio en el abordaje de esa condición, desde el paradigma de los déficits hacia el paradigma de los apoyos". (González, 2001, p. 1).

El "paradigma de los apoyos", le otorga una alta importancia a factores como el contexto cultural y ambiental. Al respecto Muñoz & Lucero, 2014 afirma:

Con la inserción del modelo multidimensional de discapacidad intelectual..... el concepto y diagnóstico de "retraso mental" fue reformulado por el de "discapacidad intelectual" (25-28), incorporando las potencialidades de las personas más allá de su coeficiente intelectual, definiéndolo como una condición variable que va modificándose en el desarrollo del individuo, por la disponibilidad de apoyos que recibe y por la interacción con el entorno sociocultural. (p.64).

Este cambio de paradigma trasciende en los imaginarios sociales de las colectividades, que durante siglos han percibido a la persona con DI, desde el déficit, promoviendo en ellos el rechazo hacia lo que consideran "anormal" o que no hace parte de la normalidad. . "“un atributo que estigmatiza a uno, puede confirmar la normalidad del otro”. Goffman (citado por Pinzón, 2012, p.89).

El énfasis por la necesidad de apoyos, y la interacción con el entorno sociocultural, permite ampliar las redes de apoyo tanto para la persona con DI, como para sus familias. Al respecto en un estudio realizado por la Pontificia Universidad Javeriana, (Córdoba, Mora, Bedoya, Verdugo,

2007), sobre las Familias de Adultos con Discapacidad, en la ciudad de Cali, revela que la mayoría de los adultos con DI, tienen dificultades para llevar una vida independiente, con escasas o nulas redes de apoyo, excesivo apego de sus cuidadores quien además es un adulto mayor que también necesita ser protegido.

Estas implicaciones representan un riesgo para el desarrollo de habilidades adaptativas, intelectuales y sociales. Según Córdoba et al (2007):

La red de apoyo social que tienen los ADI [adultos con Discapacidad Intelectual], en Cali es reducida, teniendo en cuenta que permanecen en el hogar la mayor parte del tiempo; cuestión que conlleva a serias restricciones en su interacción social, convirtiéndolos en un grupo de alta vulnerabilidad por las dificultades en la generación y mantenimiento de redes de apoyo. (p.40).

Sin embargo este apoyo también es necesario para las familias, quienes generalmente desconocen cuál debe ser la dinámica o procesos para interactuar adecuadamente con sus hijos o familiares con DI, además de potenciar en ellos habilidades. De acuerdo con Gracia, Vilaseca, 2008:

Esta necesidad de formar a las familias tiene su origen en los resultados de numerosos estudios que han puesto de relieve la dificultad de las familias con hijos con discapacidad de promover prácticas educativas adecuadas y ajustadas a las características del desarrollo de sus hijos. (p.49).

De este modo la nueva definición de la DI es considerada como el nuevo paradigma que amplía las perspectivas y brinda oportunidades a una comunidad que poco a poco se ha hecho visible en la sociedad, y por ende a sus familiares o cuidadores. “Una persona con discapacidad puede necesitar a lo largo de su vida todo tipo de intervenciones como cualquier otra persona, así

como relacionarse e integrarse en el marco de la sociedad como ciudadano”. (Catalán & Mendieta, 2014, p.1).

3.2 Enfoque Diferencial, Reconocimiento de los Derechos de la Población con DI

En Colombia el uso del lenguaje en la inclusión social es fundamental para garantizar los derechos de igualdad de las personas con DI, ante lo cual la corte constitucional prohíbe la utilización de términos que contribuyen a la estigmatización y a la exclusión. “EXPRESIONES REFERIDAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD-Lenguaje puede tener implicaciones inconstitucionales por ser entendido y utilizado con fines discriminatorios... Uso como parte del lenguaje técnico jurídico pretende definir situación legal y no hacer descalificación subjetiva de ciertos individuos”. (Corte constitucional Sentencia C-458/15 de 2015).

De este modo las expresiones como: minusvalía, limitaciones, persona limitada, discapacitado, persona discapacitada, invalidez, disminución, excepcionalidad, ciego, sordo, se consideran peyorativas, ofensivas y humillantes y con fines discriminatorios.

Un fallo de la Corte Constitucional estableció que palabras como minusválido, población minusválida, discapacitados, personas limitadas, limitados, entre otras, no deben ser usadas. Esto reconociendo la relevancia que tiene el uso del lenguaje en la inclusión de las personas en situación de discapacidad física, psíquica o mental,... (El espectador, 2016)

La sentencia no solamente aboga por la erradicación del lenguaje despectivo sino que en su reemplazo propone el uso de expresiones como: “persona en situación de discapacidad física, o personas en situación de discapacidad psíquica, persona con discapacidad auditiva o personas en situación de discapacidad auditiva, persona con discapacidad”.

El discurso de la DI, apoyado en un lenguaje legal constitucional que garantice la igualdad de derechos, sumado al discurso científico que disminuya el énfasis en la diferencia como característica única, y revele la necesidad de la intervención multidisciplinaria y con ella el desarrollo de nuevas habilidades emocionales y sociales, posibilita el trato digno y la inclusión en diversos contextos.

El reconocimiento de los derechos de las personas con DI, se llevó al cabo de muchos siglos, marcados por prácticas excluyentes, solo después de una larga agonía empezaron a crearse leyes específicas para protegerlos.

En Colombia el estado de la mano del Ministerio de Salud y Protección Social, aprobó en el año 2013, el documento Conpes (Consejo Nacional de Política Económica y Social) 166 de 2013 que define la política de discapacidad. En este documento se rigen los lineamientos, estrategias y recomendaciones para implementar la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, con el objetivo de garantizar condiciones de igualdad de todas las personas con discapacidad, con base en el enfoque diferencial, al respecto dicha política reconoce.

Poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la presente Ley, contarán con dicho enfoque. [...]

Igualmente, el Estado realizará esfuerzos encaminados a que las medidas de atención, asistencia y reparación contenidas en la presente Ley, contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos Victimizantes. (Artículo 13°).

Reconocer que se debe intervenir de forma específica una población vulnerable es uno de los grandes avances para las personas con discapacidad especialmente aquellos con DI, les permite el acceso a programas y servicios que contribuyen al mejoramiento de su calidad de vida.

Estos derechos no solo son reconocidos a nivel nacional o de Latinoamérica sino a nivel mundial, el 13 de diciembre del año 2006, en la sede de las Naciones Unidas de New York, con 82 firmas a favor, se realizó la convención para los derechos de las personas con discapacidad, aprobada en Colombia a través de la Ley 1349 de 2009 el cual es considerado el primer instrumento integrador de derechos humanos del siglo XXI, en el señala un “cambio paradigmático”, de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006).

Conviene destacar la apreciación que frente al concepto de discapacidad tiene la convención, en ella se reconoce que son los otros y sus actitudes el principal obstáculo para la equidad. “La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Alcaldía de Bogotá. Ley 1346 de 2009).

Ahora bien se puede considerar que el panorama es alentador y que esta puesta la mirada sobre las minorías quienes generalmente son vulnerables como lo son las personas con DI. Al respecto es importante identificar el total de la población con discapacidad, específicamente aquellas con DI, más aun cuando al comparar las cifras del censo realizado en el 2005 son discordantes con otras entidades como el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

El censo del año 2005, muestra que en Colombia hay 96.273 personas con algún tipo de discapacidad, mientras que la RLCPD del año 2010, manifiesta que para la fecha hay 23.004. (Boletín de Cero a Siempre, 2013, p.16). Este desconocimiento se convierte en un obstáculo para intervenir dada la pertinencia del caso si se toma en cuenta que en las primeras etapas de vida de los niños y niñas con DI, se pueden desarrollar algunas habilidades adaptativas, sobre las cuales puedan ser funcionales en el entorno al cual pertenezcan. “El Informe Mundial de Discapacidad emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial [6] refiere que los datos sólidos permiten tomar decisiones acertadas en materia de políticas y programas sobre discapacidad...”. (Gómez, Aristizabal, Tolosa, 2015, p.3).

Esta misma dificultad se contempla a nivel de Latinoamérica, según el Banco Mundial, en 2009 había al menos 50 millones de personas con algún tipo de discapacidad en América Latina y el Caribe. (Stang, 2011, p. 13).

Es así como surge la necesidad de conocer la ubicación sociodemográfica, en relación con la urgencia de protegerlos ante cualquier situación de abuso, abandono, negligencia u omisión de sus derechos dada su condición.

Tuvieron que pasar muchos siglos para que esto sucediera, pareciera que este es el factor común entre las comunidades vulnerables, aunque aún existen barreras psico-sociales que deben ser derrumbadas, el camino se torna más favorable en términos de derechos, permitiéndoles acceder a servicios de salud, educación, recreación. Respecto a la inclusión social, para algunos es viable que sean integrados al campo laboral, y un mínimo de ellos podrá conformar una familia.

3.3 Rol de la Psicología en la Discapacidad Intelectual

3.3.1 Psicología Social.

La incursión de la psicología en la DI, se remonta al siglo XIX, donde se desarrolla una diferenciación entre los términos utilizados en la época, el “loco” y el “idiota”, entre quien debía estar en un asilo o manicomio y quien no, dando paso a un nuevo abordaje de la DI, el de la psicología. Según Contino (2010):

Al separar el discurso medicopsiquiátrico la locura de la debilidad mental, y al quedar esta última fuera del espacio asilar destinado a la internación del loco, se vio posibilitado -según los planteos de M. Foucault (2008a)-, el nacimiento de lo que podrá denominarse *función psi*. (p.161).

Este nuevo enfoque permite el surgimiento de una nueva ciencia, la psicología, abordando la DI, sin apoyarse en el método médico-psiquiátrico, aplicado tradicionalmente en los asilos o manicomios, abriendo la posibilidad de otro tipo de intervención desde otra postura que involucre nuevas prácticas. “Se plantea que la función del psicólogo podría implicar una perspectiva desmanicomializadora, cuestionando la patologización, medicalización e institucionalización de la discapacidad”. (Contino, 2010, p, 157).

El quehacer de la psicología en la DI, se ha visto reflejada dentro del paradigma médico-biológico también conocido como el paradigma rehabilitador y solo puede intervenir desde la acción individualizada, con un enfoque meramente clínico y relacionado únicamente con la disfunción. Este paradigma limita la acción de la psicología, pues no toma en cuenta que la DI, puede derivarse de factores ambientales y factores sociales. Como lo señala Alfaro, 2013:

La investigación en Psicología acerca de la discapacidad, enmarcada dentro del paradigma médico-biológico, ha sido señalada por concentrarse en el estado individual de la persona en

situación de discapacidad y su respuesta a su deficiencia, y ha mostrado poca consideración de los factores sociales en la asociación entre factores psicológicos y la discapacidad.(p.64).

Otro es el caso cuando la psicología interviene desde el paradigma social, conocido también como el paradigma ecológico, el cual concibe a la persona desde un enfoque biopsicosocial y de derechos humanos sin limitarse únicamente a la deficiencia, promoviendo la participación del individuo con DI en la sociedad.

Desde este paradigma la psicología promueve e impulsa el desarrollo de habilidades para la vida, que les permitan ser autónomos e independientes desde su condición, a través de acciones que promuevan sus potencialidades, buscando de este modo que sean funcionales, minimizando prácticas excluyentes en la sociedad. “...Las personas profesionales en Psicología deben asumir, al igual que otras profesiones, la misión de combatir la exclusión de la persona en situación de discapacidad”. (Alfaro, 2013, p.67).

La intervención de la psicología ha sido determinante al convertirse en el punto de apoyo para visibilizar una comunidad estigmatizada, tomando en cuenta que la exclusión es la mayor problemática que deben afrontar las personas con DI, en los diferentes contextos de los cuales hacen parte: educativo, médico, social y familiar.

3.3.2. Psicología Especial en el Campo Educativo.

Las personas con DI, tienen necesidades educativas especiales, esta necesidad permitió el surgimiento de la psicología especial, como reciente campo de la psicología, su objetivo es atender a personas que presentan una discapacidad o déficit psíquico y/o físico, aplicando métodos y técnicas psicoeducativas, reeducativas, psicoterapéuticas, que ayuden a corregir y compensar los defectos en distintos grados con base en los trabajos de Vygotsky. Al respecto García de la Puente (2004) afirma:

A su vez, la Psicología Especial tiene ramas, las cuales responden, siguiendo a VYGOTSKY, a la estructura del defecto presente..... lo que lleva a que los problemas psicológicos fundamentales, el abordaje del área, la intervención, etc., sean peculiares y diferentes entre sí. (p.359).

Este autor señala que los niños o niñas con discapacidades, especialmente aquellos con discapacidad intelectual pueden ser educados desde las potencialidades, las limitaciones pueden ser compensadas estimulando aquellas habilidades que posiblemente puede alcanzar. “La educación del niño con uno u otro defecto psíquico se apoya generalmente en la compensación indirecta, psíquica, ya que la compensación directa, orgánica de la ceguera, la sordera y de otras, por ejemplo, es imposible.” Vygotsky (citado por Ochoa 2009, p. 4).

Un diagnóstico y una Intervención psicológica oportuna brindan la posibilidad de mejorar las habilidades de adaptación, sociales y emocionales del niño o niña con DI antes de cumplir la mayoría de edad donde ocurren cambios importantes en su desarrollo cerebral. “Esta característica de retardo o retraso se daría como concepción de un desfase en el desarrollo intelectual que es posible mejorar gracias a la intervención en varias áreas y mediante apoyo multiprofesional...”. Bravo y Rioja (citado por Ossa 2006, p.133).

Al respecto Vigotsky plantea la importancia de diferenciar entre el defecto biológico y el defecto social, considerando que el defecto social es aún más perjudicial para el desarrollo de la persona con DI debido a la estigmatización de la sociedad. De acuerdo con Vygotsky (citado por Ochoa 2009):

...La compensación social constituye un eslabón esencial, independientemente de la deficiencia biológica que presente el individuo; concebida esta como la forma de atenuar las consecuencias que de ella se derivan, a partir de una adecuada intervención de los factores externos, que pueden conducir al desarrollo positivo, humanista e integral de los niños y niñas. (p.6).

La Psicología especial abre las puertas a una nueva área de intervención específica en aquellos personas con DI con necesidades educativas especiales, dicha intervención realizada a temprana edad es determinante para corregir algunos aspectos y desarrollar habilidades o potenciar las existentes.

Esta nueva visión de la educabilidad proporciona las bases para que sean más funcionales de acuerdo a su condición en su entorno familiar y social, especialmente de aquellos cuya discapacidad es considerada como limítrofe o borderline (70-85 de CI), quienes pueden pasar desapercibidos y posiblemente puedan llegar a tener una calidad de vida más autónoma e independiente.

Pero existe una necesidad mucho más importante que no puede pasar desapercibida, como es la necesidad de afecto: “Existen varios tipos de necesidades: (a) Necesidades deficitarias o inferiores, estas son: necesidades fisiológicas; necesidad de seguridad; de amor y de pertenencia; y de estima; si se produce una distorsión en ellas se pueden generar problemas psicológicos y/o fisiológicos”. Maslow (citado por Elizalde, Martí, Martínez, 2006, p. 5).

La resignificación del discurso de la DI es innegable, el cambio de paradigma, el rol de la psicología, han impulsado prácticas que propician la inclusión social, la intervención multidisciplinaria sumada al apoyo individualizado, les permite desarrollar y potenciar habilidades emocionales y sociales, y ser visibles ante una sociedad que por décadas los estigmatizó.

Conclusiones

Las secuelas del discurso excluyente sobre la discapacidad intelectual, ha tenido implicaciones en los imaginarios sociales afectando la inclusión social, la historia da cuenta de ello, evidenciando que el uso del lenguaje influye en la percepción que tienen los individuos sobre aquellos que son considerados diferentes o anormales.

Legado que ha pasado conforme pasan los tiempos donde se han escuchado las voces de los otros, la opinión de los otros, menos la de los implicados quienes han soportado en silencio sus penurias. “Desde la más alejada Edad Media, el loco [o DI], es aquél cuyo discurso no puede circular como el de los otros: llega a suceder que su palabra es considerada como nula y sin valor”. (Foucault, 1992, p.6).

Tales narrativas adquieren fuerza cuando provienen de sistemas de poder, arraigados en las colectividades, percepciones e imaginarios sociales que pueden ser falsos, pero que terminan siendo considerados indiscutibles e incuestionables. “Solo aquel que posee poder puede transformar un discurso en verdadero. Pues la verdad exige la existencia de un grupo de “decididores” que decidan que discurso va a ser verdadero y cuales otros no”. (Ovejero, Martin, 2001, p, 101).

Es así como el discurso de la DI, ha estado sustentado en tres paradigmas que han marcado su historia: el paradigma tradicional, el paradigma médico-biológico y el paradigma social.

El paradigma tradicional común en la antigüedad, marcado por hechos antes descritos tales como: el infanticidio de mano de sus propios padres, la expulsión de sus hogares donde eran arrojados a su suerte, expuestos a la lastima y a la caridad, además de las expresiones despectivas para referirse a la DI. “La utilización de denominaciones peyorativas para referirse a ellas como

“discapacitados”, “lisiados” o “minusválidos”, entre otros. Palacios (citado por Alfaro 2013, p.61).

A lo anterior se suma la posición de la iglesia y su discurso sobre aquellos con DI, a quienes considero seres poseídos, hecho aceptado en la época y que repercutía en la forma inhumana en que eran tratados y quienes en su mayoría terminaban internados en manicomios u orfanatos.

“Las personas con deficiencias ya tenían un sitio preestablecido, marcado dentro de la comunidad”. (Sosa, 2009, p.60).

Al paradigma tradicional, le sigue el paradigma médico-biológico, conocido también como rehabilitador, este surge después de la primera guerra mundial, frente a la DI su función es tratar de corregir la deficiencia “...Toda la atención ofrecida a las personas con discapacidad se enfoca en la “recuperación” de las deficiencias presentes en las personas que han adquirido o han nacido con algún tipo de discapacidad y conciben estas deficiencias como “obstáculos”. (Alfaro, 2013, p.61).

Por último el paradigma social ha centrado su atención en la interacción de la persona con DI y su entorno, razón por la cual ha incursionado en todas las disciplinas y ámbitos que trabajan a su favor, por lo que es conocido por diversos nombres tales como: “...Modelo social, modelo biopsicosocial, paradigma ecológico o paradigma de la autonomía personal”. Palacios et al (citados por Alfaro 2013, p.62).

Sin embargo en la actualidad la AAIDD propone intervenir desde un nuevo paradigma como es el paradigma de los apoyos, el cual implica intervenir identificando las áreas que necesitan ser apoyadas y la intensidad de las mismas. “apoyos personalizados apropiados durante un periodo continuo”. (Schalock, 2009, p.24).

Al rol de la psicología social y la reciente psicología especial, cuyo papel ha sido determinante aunque su intervención se ha dado a paso lento, actualmente se encuentra desarrollando, orientando y fortaleciendo las capacidades y/o habilidades, al individuo con DI, desde su práctica ha fomentado la inclusión social de una comunidad tan vulnerable, por lo cual es importante ampliar esta visión, y concentrarse en nuevos modelos de intervención más efectivos.

Pese a los grandes y significativos avances, aun las personas con DI son excluidas de los entornos educativos, laborales, sociales y muchas veces familiares. Al respecto Stang, 2011 afirma:

...En América Latina [la DI], sigue caracterizándose por profunda desigualdad que se materializa en grandes brechas socioeconómicas que colocan a este grupo de la población en una condición de vulnerabilidad social que demanda acciones integrales y sustentadas por una férrea voluntad política. (p.5).

No puede negarse que la situación ha cambiado, pero aún sigue siendo insuficiente, el énfasis en el desarrollo de las habilidades adaptativas, intelectuales y sociales es el nuevo reto para esta generación. La historia de la persona con DI, se reescribe paso a paso, a medida que el discurso en torno a él se dignifica.

En una sociedad donde pareciera que lo normal tiene poder sobre lo anormal, la resignificación del discurso de la DI, viene de la mano, del cambio de conceptos, términos y de políticas incluyentes, que se consolidan en la sociedad, asumiendo una nueva visión que admite nuevos abordajes y apreciaciones que fueron cambiando el discurso de la deficiencia, de la diferencia y de la anormalidad, por el de las potencialidades.

Bibliografía

Abreu, E & et al (2010). Paradigma socio-cultural, Integración y Educación Sexual en Personas con Discapacidad Mental. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, XXI (90), 147-153.*

Recuperado de:

http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/786/Art_AbreuGuerraE_ParadigmaSocioCultural_2010.pdf?sequence=1.

Alfaro, L. (2013). Psicología y Discapacidad: un Encuentro Desde el Paradigma Social. *Revista Costarricense de Psicología, 32 (1), 63-74.* Recuperado de:

http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3878/psicologia_y_discapacidad.pdf?sequence=1&rd%20=0031212143375012.

Alcaldía de Bogotá. (2009). *Convención Sobre los Derechos de la Persona en situación de Discapacidad.* Recuperado de:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150>.

Baquero, M. (2015). Discapacidad: una Construcción Narrativa Excluyente. *Revista Equidad & Desarrollo, (24), 165-183.* Recuperado de:

<https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ed/article/view/3685>.

Boletín de Cero a Siempre. (2013): *Discapacidad En La Primera Infancia: Una Realidad Incierta En Colombia.* Recuperado de:

<http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%20C3%ADn%20No.%205%20Discapacidad%20en%20la%20primera%20infancia%20una%20realidad%20incierta%20en%20Colombia.pdf>.

- Builes, N, Vasco, C. (2008). Representaciones Sociales y Discapacidad. *Revista Académica Hologramatica, Facultad de Ciencias Sociales, V(8), 3-22*. Recuperado de:
http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/568/hologramatica08_v1pp3_23.pdf.
- Cabello, M. (2007). Discapacidad y dificultades de aprendizaje: una distinción necesaria. *Revista de Investigación, 62, 55-70*. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2512156>.
- Castorina, J. (2016). La Significación de la Teoría de las Representaciones Sociales Para la Psicología. *Revista Perspectivas en Psicología, 13(1), 1-10*. Recuperado de:
<http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/245>.
- Catalán, M, Mendieta, P. (2014). Los Psicólogos en la Atención a la Discapacidad han Estado y Están Presentes Desde Hace más de Treinta años en España. *Revista Infocop on line, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. Recuperado de:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5004.
- Conde, S. (2014). *¿Infancia Eterna? Niñez en Situación de Discapacidad y Derecho al Cuidado*. (Tesis de maestría). Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). Bolivia. Recuperado de:
[https://www.unicef.org/bolivia/Infancia_eterna_-_Ninez_en_situacion_de_discapacidad_y_derecho_al_cuidado_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/bolivia/Infancia_eterna_-_Ninez_en_situacion_de_discapacidad_y_derecho_al_cuidado_(2).pdf).
- Contino, A. (2010). La Especificidad de la Función del Psicólogo en el Campo de la Discapacidad Mental. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 19, (2), 157-181*. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26416966007>.

- Córdoba, L, Mora, A, Bedoya, A, Verdugo, M. (2007). Familias de Adultos con Discapacidad Intelectual en Cali, Colombia, Desde el Modelo de Calidad de Vida. *Revista Psykhe*, 16(2), 29-42. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282007000200003&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Corte constitucional. (2015). *Demanda Contra Expresiones Referidas a Personas con Discapacidad -alcance del fallo y necesidad de usar lenguaje acorde con cambios sociales manifestados en cambios normativos*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-458-15.htm>.
- Corte Constitucional Prohíbe Usar las Palabras Como “Minusválido” en la Legislación Colombiana (2016, 12 de Febrero). Diario El Espectador. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/corte-constitucional-prohibe-usar-palabras-minusvalido-articulo-616136>.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y Evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>.
- Elizalde, A, Martí, M, Martínez, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(15), 3-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30517306006>.
- Fierro, A. (1984). Modelos Psicológicos de Análisis de Retraso Mental. *Revista Papeles del Psicólogo*, 14, (1984), 1-2. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=155>.

Foucault, M. (1992). *El orden del Discurso*. (Alberto González Troyano, trad.). Buenos Aires.

(Obra original publicada en 1970). Recuperado de:

<http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/680.pdf>.

García, M, de la Puente, E. (2004). La Psicología en la Atención a las Personas con Discapacidad.

Educar, Curitiba, (23), 355-362. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/er/n23/n23a20.pdf>.

García, I. (2005). Concepto Actual de Discapacidad Intelectual. *Revista Intervención Psicosocial, 14*

(3), 255-276. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1798/179817547002/>.

Gavilán, L, Villafranca, A, Moral, D. (2010): La Experiencia de Familias que Viven la Discapacidad

Intelectual. Educación y Futuro Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas,

23(2010), 81-9. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3313496>.

Gaviria, J. (2005). La Inimputabilidad: Concepto y Alcance en el Código Penal Colombiano. *Revista*

Colombiana de Psiquiatría, XXXIV (1), 26-48. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34s1/v34s1a05.pdf>.

Gómez, C, Ruiz, M, Fernández, A. (sf). Retraso Mental. Recuperado de:

https://psiquiatria.com/tratado/cap_34.pdf.

Gómez, L, Aristizabal, A, Tolosa, L. (2015). *Observatorio de Discapacidad de Colombia*.

Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000200014)

[386X2015000200014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000200014).

Gonzales, D. (1999). Retraso Mental: Guía Básica Para Comenzar un Siglo. Revista de

Acompañamiento Psicoterapéutico. *Alcmeón, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría,*

8(2), 0-0. Recuperado de: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Castanon.htm>.

- Gonzales, D. (1999). Déficit, Diferencia y Discapacidad. *Revista Topia de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura*, (2001). Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/d%C3%A9ficit-diferencia-y-discapacidad>.
- Gracia, M, Vilaseca, R. (2008). Como Mejorar la Calidad de Vida de las Familias de Niños con Discapacidad Intelectual: Algunas Propuestas. *Revista Siglo Cero*, 39(2), 44-62. Recuperado de: <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/11908/8-2-6/como-mejorar-la-calidad-de-vida-de-las-familias-de-ninos-con-discapacidad-intelectual-algunas-propuestas.aspx>.
- Gramigna, A, González, J. (2010). Las Causas de la Marginalidad Social y las Diferencias Educativas: Repercusiones Pedagógicas del Debate Científico en Torno al Niño Salvaje de Aveyron. *Bordón, Revista de Pedagogía*, 62(1), 77-91. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3178533>.
- Jiménez, D. (sf). *Concepto social de la Discapacidad. Corporación Síndrome de Down. Alcaldía Mayor de Bogotá DC, Secretaria de Educación*. Recuperado de: http://www.academia.edu/9652813/CONCEPTO_SOCIAL_DE_LA_DISCAPACIDAD.
- Lacámara, J. (2016). *Relación entre Eficacia en los Movimientos Sacádicos y Proceso Lector en Estudiantes de Currículo Específico en Educación Secundaria*. España, Editorial, 3ciencias, Didáctica e Innovación Educativa, 24. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=581291>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 – 2022*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>.

Miranda, H. (2008). Discapacidad Intelectual: Demanda por un Análisis Cultural y Social Crítico en Ecuador. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, Intersticios* 2(2), 169-182. Recuperado de: <http://www.intersticios.es/article/view/2711>.

Muñoz, M, Lucero, B. (2014). Aspectos Legales y Bioéticos de Intervenciones e Investigaciones en Personas con Discapacidad Intelectual en Chile. *Revista Acta Bioethica*, 20(1), 61-70. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000100007.

Naciones Unidas (sf). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.

Navas, P, Verdugo, M, Gómez, L. (2008). Diagnóstico y Clasificación en Discapacidad Intelectual. *Revista Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018004>.

Ochoa, Y. (2009). La Teoría Socio-histórico-cultural de Vigotsky y su Vigencia en la Integración Educativa del Escolar con Retardo en el Desarrollo Psíquico. *Revista Ciencias Holguín*, XV (2), 1-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1815/181517990008.pdf>.

Ossa, C. (2006). Factores que Estructuran el Rol del Psicólogo en Educación Especial. *Revista de Psicología*, XV (2), 131-146. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415208>.

Ovejero, A, Martín, J. (2009). *La Dialéctica Saber/Poder en Michel Foucault: un Instrumento de Reflexión Crítica Sobre la Escuela*. *Revista Aula Abierta*, 77(2001), 99-110. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=45498>.

- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid.
Recuperado de: http://aulavirtual.iberamericana.edu.co/recursosel/documentos_para_descarga/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad%20a%20Palacios.pdf.
- Peredo, R. (2016). Comprendiendo la Discapacidad Intelectual. *Revista de Psicología*, 15, 101-122.
Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007.
- Pinzón, C. (2012). Normal y Anormal: Discursos y Prácticas de la Segregación. *Revista Polisemia UNIMINUTO*, 8(13), 86-93. Recuperado de:
<http://biblioteca.uniminuto.edu/ojs/index.php/POLI/article/view/365>.
- Portuondo, M. (2004). Evolución del Concepto Social de Discapacidad Intelectual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 0-0. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400006.
- Rubio, L. (2016). *La Autoestima de las Personas con Discapacidad Intelectual*. (Tesis de Master). Universidad de Oviedo, España. Recuperado de:
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38276/3/TFM%20Luc%C3%ADa%20Rubio%20Mart%C3%ADnez.pdf>.
- Schalock, R. et al. (2007). El Nuevo Concepto de Retraso Mental: Comprendiendo el Cambio al Término Discapacidad Intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(224), 5-20. Recuperado de:
<http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10365/articulos1.pdf>.

- Schalock, R. (2009). La Nueva Definición de Discapacidad Intelectual, Apoyos Individuales y Resultados Personales. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(229), 22-39. Recuperado de: <http://sid.usal.es/docs/F8/ART11724/Schalock.pdf>.
- Sosa, L. (2009). Reflexiones Sobre la Discapacidad. Dialógica de la Inclusión y Exclusión en las Prácticas. : *Agora para la Educación Física y el Deporte*, 9,57-82. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2900332>.
- Stang, M. (2011). *Las Personas con Discapacidad en América Latina: del Reconocimiento Jurídico a la Desigualdad Real*. Cepal Naciones Unidas. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074_es.pdf.
- Sulkes, S. (sf). Discapacidad Intelectual. EEUU, Manual MSD. Recuperado de: <http://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/salud-infantil/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/discapacidad-intelectual>.
- Umaña, S. (2007). De lo Invisible y lo Cotidiano. Familias y Discapacidad. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1-21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/447/44770314/>.
- Valencia, L. (2014). Breve Historia de las Personas con Discapacidad: De la Opresión a la Lucha por sus Derechos. La Paz Bolivia, Sobretodopersonas, Universidad Católica Boliviana. Recuperado de: <http://www.sobretodopersonas.org/download/breve-historia-de-la-discapacidad-pdf/>.

Verdugo, A. (1994). El Cambio de Paradigma en la Concepción del Retraso Mental: La Nueva Definición de la AAMR.España, SID Servicio de Información para Discapacidad, Universidad de Salamanca. Recuperado de:
http://sid.usal.es/idos/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf.