

# Desterrando estereotipos en personas con “discapacidad” para su inclusión social y cultural

Marina M. Sorgi Rosenthal (UNLP)

**Resumen:** En el análisis de la concepción de salud aplicada a personas con discapacidad nos encontramos con la coexistencia paradójica del "modelo médico-rehabilitador"; el "modelo social" o el "modelo de la diversidad funcional". Palacios (2008) señala que el Modelo Rehabilitador considera que la discapacidad se clasifica en términos de enfermedad y para que dichas personas puedan tener algo que aportar a la sociedad es necesario que sean rehabilitadas o normalizadas. Se espera, entonces, que dichas personas logren asimilarse a los demás "válidos y capaces" en la mayor medida de lo posible. De esta forma, la Medicina se erige entonces como el saber máximo y absoluto que evalúa los patrones de normalidad reservando para esta última el concepto de salud. El discurso médico se extiende hacia la discapacidad ubicándola del lado de la enfermedad, la desviación y la anormalidad. Se busca la adaptación del individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la Sociedad. Ahora bien si tomamos los datos referenciados del Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad correspondiente al año 2016, elaborado por el Servicio Nacional de Rehabilitación, observamos que de las personas que fueron a tramitar el Certificado Único de Discapacidad (CUD), se registró que la juntas interdisciplinarias recomendaron prestaciones de rehabilitación en un 49,67% de los casos. Observándose de esta forma, que aún tiene fuerte predominancia el modelo médico. Ante este panorama, nos parece pertinente destacar que Tilly (2000) sostiene que las grandes y significativas desigualdades en las ventajas que gozan los seres humanos corresponde principalmente a diferencias categoriales como negro/blanco, varón/ mujer, más que a diferencias individuales en sus atributos, inclinaciones o desempeños. Dicho concepto - diferencia categorial persona con discapacidad/ persona sin discapacidad; "anormal/normal" - nos sirve para analizar y entender la falta de inclusión plena de las personas con discapacidad en la sociedad. Y como señala Todorov (2000), se encuentran expresamente presentes los tres ejes que utiliza para analizar la problemática de la alteridad. Primero se puede observar desde el *plano axiológico* que existe un juicio de valor respecto a ese "otro": se suele considerar a la persona con discapacidad como *inferior e improductiva*. Por otro lado, desde *plano praxeológico*: sobre todo con la preponderancia del concepto médico de discapacidad se busca asimilar a la persona con discapacidad a mí, ya que es un eje fundamental de este paradigma rehabilitar a la persona para asemejarla a las "personas normales". Finalmente, el tercer eje (*plano epistémico*) es conocer o ignorar la identidad del otro, donde se da una gradación infinita entre los estados de conocimiento menos o más elevado. Si logramos desterrar los estereotipos que recaen sobre las personas con discapacidad y nos permitimos conocerlas se podrá garantizar su plena inclusión.

El objeto del presente trabajo es esbozar algunos conceptos en torno a la construcción de la otredad en el caso de las personas con discapacidad, las implicancias que conllevan a señalar a ese grupo como "otro, diferente a mí" e intentar explicar cómo dicha construcción se encuentra fundamentada en relaciones de poder.

Para empezar, consideramos pertinente señalar que se entendió durante mucho tiempo, y que aún se encuentra arraigado dicho concepto en parte de nuestra sociedad, por persona con discapacidad.

Palacios (2008) señala que el Modelo Rehabilitador sostiene que la discapacidad se clasifica en términos de enfermedad y para que dichas personas puedan tener algo que aportar a la sociedad es necesario que sean rehabilitadas o normalizadas. Se espera, entonces, que dichas personas logren asimilarse a los demás “válidos y capaces” en la mayor medida de lo posible. De esta forma, la Medicina se erige entonces como el saber máximo y absoluto que evalúa los patrones de normalidad reservando para esta última el concepto de salud. “Históricamente el discurso médico-científico coadyuvó a la normalización social colocando las diversidades y anomalías bajo la categorización de enfermedades, que no se adecuan a la heteronormatividad, o buena parte de las conductas atípicas que se incluyeron como “enfermedades mentales” (Stolkiner, 2013:7). El discurso médico se extiende hacia la discapacidad ubicándola del lado de la enfermedad, la desviación y la anormalidad. Las consecuencias de la enfermedad, definidas entonces como discapacidad, son interpretadas y clasificadas, aplicándoles el modelo de enfermedad tradicional de las ciencias de la salud. Entonces, el déficit o discapacidad adquiere las connotaciones del “síntoma”, siendo por lo tanto descrito como una desviación observable de la normalidad biomédica de la estructura y función “corporal/mental” y ante la cual hay que poner en marcha medidas terapéuticas de rehabilitación o compensatorias, generalmente de carácter individual. Se busca la adaptación del individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la Sociedad.

Ahora bien, yendo a los datos de la realidad de nuestro país, si tomamos los datos referenciados del Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad correspondiente al año 2016, elaborado por el Servicio Nacional de Rehabilitación, observamos que de las personas que fueron a tramitar el Certificado Único de Discapacidad (CUD), se registró que las juntas interdisciplinarias recomendaron prestaciones de rehabilitación en un 49,67% de los casos. Observándose de esta forma, que aún tiene fuerte predominancia el modelo médico.

### **1. Estereotipos y relaciones de poder: sus implicancias en las personas con discapacidad**

Ante este panorama, nos parece pertinente destacar que Tilly (2000) sostiene que las grandes y significativas desigualdades en las ventajas que gozan los seres humanos corresponde principalmente a diferencias categoriales como negro/blanco, varón/ mujer, más que a diferencias individuales en sus atributos, inclinaciones o desempeños. Dicho concepto - diferencia categorial persona con discapacidad/ persona sin discapacidad; “anormal”/ “normal” – nos sirve para analizar y entender la falta de inclusión plena de las personas con discapacidad en la sociedad. Podemos ver claramente como ejemplo de lo anteriormente expuesto que, según el Anuario

Estadístico Nacional sobre Discapacidad (2016) el 86,51% de las personas con CUD declaró que no trabaja y que el 46,42% de la población con discapacidad intelectual no se encuentra alfabetizada. Asimismo, cabe agregar que en el sistema educativo las personas con discapacidad mental no suelen ser aceptadas en “escuelas normales” y son destinadas a “escuelas especiales”, a pesar de que la inclusión escolar es un derecho consagrado en nuestra legislación (art. 24 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la cual tiene jerarquía constitucional a través de la Ley N° 27.044). Así como también, no suelen ser tomadas en los empleos porque no cumplen con los requisitos solicitados, o se considera que sólo pueden trabajar en los talleres protegidos.

Esta diferencia categorial presupone, además, a la persona con discapacidad como “otro”. Y como señala Todorov (2000), se encuentran expresamente presentes los tres ejes que utiliza para analizar la problemática de la alteridad. Primero se puede observar desde el plano axiológico que existe un juicio de valor respecto a ese “otro”: se suele considerar a la persona con discapacidad como inferior e improductiva. Por otro lado, desde plano praxeológico: sobre todo con la preponderancia del concepto médico de discapacidad se busca asimilar a la persona con discapacidad a mí, ya que es un eje fundamental de este paradigma rehabilitar a la persona para asemejarla a las “personas normales”. Finalmente, el tercer eje (plano epistémico) es conocer o ignorar la identidad del otro, donde se da una gradación infinita entre los estados de conocimiento menos o más elevado. Si logramos desterrar los estereotipos que recaen sobre las personas con discapacidad y nos permitimos conocerlas se podrá garantizar su plena inclusión.

En consecuencia, tomando el concepto de persona con discapacidad, podemos señalar junto con Elias (1998) que los miembros de grupos – personas sin discapacidad - que son más poderosos que otros grupos – personas con discapacidad - creen de sí mismos que son humanamente mejores que otros. Presentándose de esta forma, la autoimagen normal de grupos cuya cuota de poder es indudablemente superior a la de ese otro grupo, pudiendo lograr que la gente menos poderosa se sienta como si fuera humanamente inferior. Por lo que, las personas con discapacidad son comúnmente estigmatizadas como personas de valor humano inferior, como una minoría anómica. Claramente, como sostiene dicho autor, la pieza central de esta configuración es una balanza de poder desigual, con las tensiones que le son inherentes. Asimismo, agrega, que en tal situación el estigma lanzado por el grupo más poderoso sobre otro de poder inferior normalmente entra a formar parte de la autoimagen de este último y por esa vía los suele debilitar aún más. Empero, expresa el autor que en la medida que disminuyen los grupos de poder, los grupos anteriormente marginados tienden a la retaliación, entonces recurren a la contra estigmatización.

Se puede observar, tal como dice Ferreira (2008) que,

Enfermedad, deficiencia, dependencia, insuficiencia, desgracia o castigo divino, la discapacidad implicaría, según la concepción imperante, que quien es su portador/a no está en condiciones de cumplir adecuadamente con los requisitos propios de la convivencia social, no es apto/a para desempeñar las tareas que cualquier persona sí puede realizar...

Cabe agregar, que el modelo médico utiliza para definir a las personas con discapacidad los términos como “enfermedad”, “insanía”, “incapacidad”, “impedimento”, “anormalidad” o “minusvalía”, los cuales son expresiones de los significados construidos en torno al déficit y a la limitación para la categoría “discapacidad”.

En este sentido, tal como expresa Stuart Hall (2010) estamos frente a un estereotipo. Dicho autor señala el primer punto es que la estereotipación reduce, esencializa, naturaliza y fija la “diferencia”. Segundo, la estereotipación despliega una estrategia de “hendidamiento”. Divide lo normal y lo aceptable de lo anormal y de lo inaceptable”. Al respecto, Hall (2010) retomando a Dyer argumenta que un sistema de estereotipos sociales se refiere a lo que está por dentro y fuera de los límites de la normalidad [es decir, la conducta que se acepta como ‘normal’ en cualquier cultura]. Los tipos son instancias que indican aquellos que viven de acuerdo con las reglas de la sociedad (tipos sociales) y aquellos designados para que las reglas los excluyan (estereotipos). Así, otro rasgo de la estereotipación es su práctica de “cerradura” y exclusión. Simbólicamente fija límites y excluye todo lo que no pertenece. La estereotipación es, en otras palabras, parte del mantenimiento del orden social y simbólico. Establece una frontera simbólica entre lo “normal” y lo “desviante”, lo “normal” y lo “patológico”, lo “aceptable” y lo “inaceptable”, lo que “pertenece” y lo que no pertenece o lo que es “Otro”.

En este aspecto, como señalamos anteriormente, recae sobre la persona con discapacidad, el estereotipo de que es una persona enferma y por ende improductiva. Se ve claramente la frontera simbólica que menciona Hall (2010), ya que se diferencia a lo normal (persona sin discapacidad) con lo patológico (persona enferma, persona con discapacidad). Por ello la persona sólo puede rehabilitarse para que vuelva a ser normal, en caso contrario, el único camino es la institucionalización y por ende la exclusión. Y dado que es “anormal” se la debe excluir de la “escuela normal” y sólo podrá ser alfabetizada en una “escuela especial”.

A su vez, al utilizarse el término “discapacitado” para señalar a dicho grupo, se esconde un estereotipo, ya que dicho concepto alude a aquel enfermo de menor valor, carente de toda salud, alejado de la norma, que no es capaz de desarrollar actividades humanas de la vida cotidiana como estudiar, trabajar y ejercer el resto de sus derechos de ciudadanía. Por otro lado, en relación

al uso personas con “capacidades diferentes” coincidimos con Pantano (2007, p. 2) que dicha expresión parece culturalmente reservada para designar el defecto y no el exceso de capacidad, tiende a ponerse el acento en la carencia o diferencia y no en el todo, en la persona, en su funcionamiento. De ahí que se piensa entonces, que una persona con cualquier tipo de discapacidad no puede trabajar o ejercer el derecho al voto, disfrutar de su sexualidad o formar una familia.

Retomando, el aspecto de la oposición “nosotros/ellos” y el uso de estereotipos que recaen sobre las personas con discapacidad se funda en una distinción que utiliza una representación propia del Modelo Médico Rehabilitador (Palacios, 2008): “la normalidad”. Incluso, el grupo de personas con discapacidad se presenta como una categoría unificada que conforma un universo homogéneo. Bajo este modelo, el médico es el rector de las normas de vida social, convirtiéndose en el experto en discapacidad y es quien define, clasifica y diagnostica la deficiencia, rehabilita las funciones perdidas y mide las capacidades que le restan a quien tiene limitaciones sensoriales, físicas o psíquicas. Por lo que como resultado de la hegemonía del discurso médico, que aún existe a pesar de que se haya ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, se entiende que la discapacidad es un problema individual.

En este sentido, observamos el tercer punto de la estereotipación que señala Hall (2010). Éste sostiene que la construcción de estereotipos tiende a ocurrir donde existen grandes desigualdades de poder. En suma, señala, el estereotipo es lo que Foucault llamó una especie de juego “saber/poder”, donde dicho poder/ saber se encuentra en manos de los médicos. De esta forma, se clasifica a la gente según una norma y se construye al excluido como “otro”. Agrega, Hall (2010) que el poder tiene que entenderse no sólo en términos de explotación económica y de coerción física sino también en términos culturales o simbólicos más amplios, incluyendo el poder de representar a alguien o algo de cierta forma dentro de cierto “régimen de representación”. Incluye el ejercicio de poder simbólico a través de las prácticas representacionales. La estereotipación es un elemento clave en este ejercicio de violencia simbólica.

En este orden de ideas, Williams (1997), señala que el concepto de hegemonía tiene un alcance mayor que el concepto de cultura, por su insistencia en relacionar el proceso social total con las distribuciones específicas del poder y la influencia. Agrega, que afirmar que los hombres definen y configuran por completo sus vidas sólo es cierto en un plano abstracto. En toda sociedad verdadera existen ciertas desigualdades específicas en los medios y por lo tanto en la capacidad para realizar este proceso. En consecuencia, señala que Gramsci introdujo el necesario reconocimiento de la dominación y de la subordinación en lo que debe ser reconocido como un

proceso total. Por lo que, se observa como un grupo de saberes y poderes – discurso médico – define y configura la vista de las personas con discapacidad, ya que impregna también en otros órdenes como el jurídico, el pedagógico y el cultural. En este sentido, Williams (1997), expresa que el concepto de hegemonía va más allá del concepto de ideología. Lo que resulta decisivo no es solamente el sistema consciente de ideas y creencias, sino todo proceso social vivido, organizando prácticamente significados y valores específicos y dominantes. La conciencia no se reduce a las formaciones de la clase dominante sino que comprende las relaciones de dominación y subordinación según sus configuraciones asumidas como conciencia práctica, como una saturación efectiva del proceso de la vida en su totalidad, no solamente de la actividad social manifiesta, sino de toda la esencia de identidades y las relaciones vividas a una profundidad tal que las presiones y límites de lo que puede ser considerado como sistema cultural, político o económico no da la impresión a la mayoría de nosotros de ser las presiones y límites de la simple experiencia y sentido común. Entonces la hegemonía constituye todo un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida, de las percepciones definidas que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo.

En este sentido, durante la hegemonía del paradigma médico, se creó un sistema donde las personas con discapacidad se entendían a sí misma como enfermas, debiendo adaptarse a ese “cuerpo normalizado”, siendo sólo merecedores de políticas asistenciales, y que en muchos casos no podían decidir por sí mismas. Ejemplos de estos los podemos ver en la institucionalización de las personas con discapacidad, como regla y no como excepción cuando regía el Código Civil velezano; en las pensiones contributivas por incapacidad, entre otros.

Podemos señalar entonces, que la hegemonía aparece como el efecto de múltiples conflictos que darán como resultado una estructura de posiciones desiguales. Esta consideración nos resulta de utilidad para pensar posiciones en el campo de la discapacidad, en base a las múltiples representaciones, algunas contrapuestas, que circulan en torno a la misma. De lo expuesto, cabe señalar, que la hegemonía funciona de manera óptima cuando está internalizada o naturalizada por el yo que enuncia, es decir, cuando logra convertirse en productora de identidades e individualidades. Esta última consideración entonces resulta un aporte para pensar los procesos de construcción identitaria, contemplando a su vez el juego de inherencia entre identidades y alteridades.

Por otro lado, Williams (1997), añade que el proceso hegemónico debe ser continuamente renovado, recreado, defendido y modificado, ya que es continuamente resistido, limitado, alterado y desafiado por presiones que de ningún modo le son propias, agregando los conceptos de hegemonía alternativa y contra hegemonía.

Por lo que, aparece contra el modelo médico hegemónico un nuevo paradigma denominado modelo social, que viene a disputar qué se entiende por persona con discapacidad, dando participación a dichas personas.

Siguiendo a Palacios (2008), el Modelo Social nace apuntalando la filosofía de vida independiente para las personas con discapacidad y es impulsado por los Principios Fundamentales de la “Unión de Impedidos físicos contra la segregación” (UPIAS), organización fundada en Gran Bretaña por Paul Hunt hacia 1972. Dichos principios describen a la discapacidad como una forma específica de opresión social por lo tanto enfatizan “la importancia de que las personas con discapacidad tomasen el control respecto de sus propias vidas” (Palacios, 2008, p. 121). Este nuevo modelo, hace una distinción entre deficiencia entendida como la condición del cuerpo y de la mente, y discapacidad en tanto restricciones sociales que se vivencian. Plantea la discapacidad como una “construcción” cuyas causas son sociales o “preponderantemente sociales” y entiende a la discapacidad como la interacción entre las “deficiencias” del sujeto y las barreras sociales. Según refiere Palacios: “si en el modelo rehabilitador la discapacidad es atribuida a una patología individual, en el modelo social se interpreta como el resultado de las barreras sociales y de las relaciones de poder, más que de un destino biológico ineludible” (Palacios, 2008:123). De esta forma, es la sociedad quien debe cambiar y no las personas.

Refiere Palacios:

Desde el modelo rehabilitador las personas con discapacidad recibían un trato paternalista, quizás resultante de una amalgama entre la piedad, el menosprecio y la tolerancia, que asimismo aspiraba a la recuperación de la persona con discapacidad, o al menos a su mayor disimulo. Lo anterior es rechazado en el modelo bajo análisis, desde el cual se aspira a que la diferencia no sea tolerada, sino valorada como parte de la diversidad humana (Palacios, 2008:141).

Este discurso oficial representado por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) dispone que el término “adecuado” para referirse a este grupo poblacional sea “Personas con discapacidad” (PCD) o “Personas en situación de discapacidad”. Sin embargo, cabe preguntarnos si esta prescripción resulta suficiente para construir hegemonía discursiva en torno a la expresión “Persona con discapacidad”, ya que continuamos observando que se siguen utilizando términos propios del modelo rehabilitador en varios lugares de nuestra sociedad, como en los medios de comunicación.

## Conclusión

Para finalizar, debemos decir que la discapacidad ha sido– y sigue siendo– un lugar cuya propiedad de producción justamente han sido los “normales”. Dado que la alteridad necesita otro para su constitución, la medicina y la psicología han constituido este otro–el discapacitado– desde su normalidad cartesiana, asimétrica y estadística. Los saberes expertos constituido en saberes/poderes han efectivamente impuesto sus saberes como hegemónicos, erigiéndose como propietarios de lo que es o no es persona con discapacidad. Sin embargo, en palabras de Hall (2010) se abrió camino hacia una política de representación, una lucha sobre el significado que continúa y no está terminada, ha surgido un modelo contra hegemónico –el modelo social–, el cual si bien se ha adentrado en nuestra sociedad sigue conviviendo con el modelo médico.

## Referencias bibliográficas

- Elias, N. (1998) Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecidos y marginados. En *La civilización de los padres y otros ensayos*. Norma.
- Ferreira, M. (2008). La construcción social de la discapacidad: habitus, estereotipos y exclusión social Nómadas. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 17 (1).
- Hall, S. (2010). El espectáculo del Otro. En *Sin Garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. Envió Editores.
- Palacios, A. (2008). El Modelo Social de Discapacidad: orígenes, características y plasmación. En la Convención Internacional sobre Derechos para personas con discapacidad. 32. Ed. Cinca. Colección CERMI.
- Pantano, L. (2007) Personas con discapacidad: Hablemos sin eufemismos. *La Fuente*, 10 (33).
- Said, E. (2004). *Orientalismo*. Ed. Libertarias.
- Servicio Nacional de Rehabilitación. (2016). Anuario Estadístico Nacional. <https://www.snr.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/Anuario-2016-FINALRE.pdf>
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En Los psicoanalistas- 10 enfoques. En H. Lerner (comp.) *Psicolibro*. Colección FUNDEP.
- Tilly, C. (2000). De esencias y de vínculos. En *La desigualdad persistente*. Manantial.
- Todorov, T. (1998). Conocer. En *La conquista de América. El problema del otro*. Siglo XXI.
- Williams, R. (1997). *Marxismo y literatura*. Manantial.