

Evolución del concepto de discapacidad

Evolution of disability concept

HERNÁNDEZ-PONCE, Karla†¹, DELGADO-SÁNCHEZ, Ulises¹, MARTÍNEZ-FLORES, Fernanda Gabriela¹ y ORTIZ-RODRÍGUEZ, María Araceli*²

¹Facultad de Comunicación Humana, Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), México.

²Facultad de Nutrición, UAEM, México.

ID 1^{er} Autor: Karla, Hernández-Ponce / ORC ID: 0000-0002-2574-794X, CVU CONACYT ID: 953433

ID 1^{er} Coautor: Ulises, Delgado-Sánchez / ORC ID: 0000-0002-4318-0238, CVU CONACYT ID: 75156

ID 2^{do} Coautor: Fernanda, Gabriela, Martínez-Flores / ORC ID: 0000-0002-2974-0876, CVU CONACYT ID: 362723

ID 3^{er} Coautor: María Araceli, Ortiz-Rodríguez / ORC ID: 0000-0003-0847-0261, Researcher ID Thomson: T-3707-2018, CVU CONACYT ID: 449164

DOI: 10.35429/JPDL.2019.14.5.7.12

Recibido 29 de Enero, 2019; Aceptado 30 Marzo, 2019

Resumen

Esta revisión tiene como objetivo proporcionar información bibliográfica acerca de las etapas históricas por las cuales ha atravesado el concepto de discapacidad. Basándose en las investigaciones de los tres modelos, más característicos, que a lo largo de la historia han servido a la sociedad como marco de referencia al tratamiento de la discapacidad: el modelo de prescindencia, característico de la Antigüedad y la era medieval; el modelo médico o de rehabilitación, propio de la primera mitad del siglo XX; y el modelo social, que surge a partir de la década de los sesenta del siglo pasado y que actualmente se intenta seguir conservando. Esta evolución se ha presentado como consecuencia del desarrollo que ha tenido la humanidad, tanto en sus ideas de percibir a las personas con discapacidad, como en las intervenciones que se han ido modificando sustancialmente. Jugando un papel importante las tradiciones y creencias, así como el avance de las ciencias en sus distintas expresiones.

Modelo de prescindencia, Modelo médico y Modelo social

Abstract

This review aims to provide bibliographic information about the historical stages through which the concept of disability has gone through. Based on the investigations of the three most characteristic models, which throughout history have helped society as a frame of reference for the treatment of disability: the tragedy/charity model, characteristic of antiquity and the medieval era; the medical or rehabilitation model, typical of the first half of the 20th century; and the social model, which arises from the sixties of the last century and is currently trying to keep. This evolution has been presented as a consequence of the development that humanity has had, both in its ideas of perceiving people with disabilities, and in the interventions that have been substantially modified. Playing an important role traditions and beliefs, as well as the advancement of science in its different expressions

Tragedy model, Medical model and Social model

Citación: HERNÁNDEZ-PONCE, Karla, DELGADO-SÁNCHEZ, Ulises, MARTÍNEZ-FLORES, Fernanda Gabriela y ORTIZ-RODRÍGUEZ, María Araceli. Evolución del concepto de discapacidad. Revista de Filosofía y Cotidianidad. 2019, 5-14: 7-12

* Correspondencia del Autor (araceli.ortiz@gmail.com)

† Investigador contribuyendo como primer Autor.

Introducción

El concepto de discapacidad ha evolucionado a través de la historia. Así mismo es diferente su evolución con base en el tipo de discapacidad y probablemente de acuerdo con la aceptación (estigmatización) que ha tenido la sociedad respecto a cada una de ellas. (Padilla, 2010)

El marco filosófico relacionado con la temática de la discapacidad se desprende de un proceso evolutivo que puede enmarcarse en etapas históricas, las cuales han sido llamadas de diferentes maneras (López, 2011, p. 102).

La necesidad de una revisión histórica de la discapacidad, o mejor dicho, de la forma en que las diferentes culturas han tratado al fenómeno de la discapacidad surge al intentar comprender los diferentes modelos que coexisten actualmente en relación con las personas con discapacidad (Rodríguez, 2010, p. 10). Pese a reconocer que los cortes temporales son meras convenciones artificiales que no aíslan los sucesos sino que éstos muchas veces se dan de forma paralela influyendo juntos en el tejido social (Velarde, 2012, p. 117).

Modelo de prescindencia

Aguilar (2004) menciona que la historia de la humanidad ha sido testigo de cómo las personas con discapacidad han sido excluidas, rechazadas y marginadas por los miembros de su propio grupo social. Una de las referencias más antiguas con respecto a la discapacidad, se ubica en la sociedad espartana durante los siglos X – IX a.c, en donde, las leyes permitían que los recién nacidos con signos de debilidad o algún tipo de malformación se lanzaran desde el monte Taigeto.

Más tarde, durante la Edad Media la iglesia condena el Infanticidio, alentando a su vez la idea de atribuir a causas sobrenaturales las “anormalidades” que presentan las personas, sometiéndolas incluso a prácticas exorcistas y en algún caso a la hoguera. (Arnaiz, 2003 citado en Aguilar 2004). Toboso (2008) indica que se denomina prescindencia porque considera, o consideraba, que la discapacidad tenía su origen en causas religiosas, asociadas al castigo divino o a la intervención del maligno. Los individuos con discapacidad eran una carga para la sociedad, sin nada que aportar a la comunidad.

Las personas con discapacidad con base en Parra (2010) eran vistas como un castigo para sus familias. Predominaba el rechazo, el abandono, en casos más extremos, el infanticidio por ser considerados "deficientes" y, finalmente eran condenados a vivir sin ningún tipo de desarrollo ni de integración.

Ahora bien, dentro del modelo de prescindencia, se considera posible distinguir la existencia de dos sub-modelos;

1. Eugenésico
2. El de marginación.

Sub-modelo eugenésico

Al ser determinada la presencia de alguna discapacidad, significaba que existía un ser producto de la maldad diabólica, y que sería una carga para la familia y la sociedad en general, por lo que la mejor suerte que podía experimentar este ser era morir o prescindir de estas personas por medio de la eugenesia (Albarrán, 2015, p. 132).

Sub-modelo de marginación

De acuerdo con Palacios y Romañach (2006) se presenta la exclusión de los individuos con discapacidad, ya sea como consecuencia de subestimar su diversidad funcional y considerarlos objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlos objeto de maleficios.

A diferencia del sub-modelo eugenésico, ya no se comete infanticidio, aunque gran parte de los niños y niñas con discapacidad mueren como consecuencia de omisiones, por falta de interés y recursos, o por invocarse la fe como único medio de salvación.

Modelo médico o de rehabilitación

Los primeros indicios del modelo rehabilitador se presentan a inicios del Mundo Moderno. Pero no es hasta inicios del siglo XX, cuando se consolida, finalizando la Primera Guerra Mundial. Las causas que dieron origen: la guerra y los accidentes laborales. Existen relatos que indican que al finalizar la Primera Guerra Mundial, un número alarmante de hombres quedaron heridos de por vida.

Estas personas fueron denominadas “mutilados de guerra”, para poder distinguirlas de aquellas otras personas que tenían alguna discapacidad por accidentes laborales. El mutilado era una persona a quien le faltaba algo, ya fuera un órgano, un sentido o una función. De este modo, la primera imagen presentada por este cambio en la terminología fue la de daño, la de perjuicio. La sensación era que la guerra se había llevado algo que se debía reemplazar. Fue así como en este momento la discapacidad comenzó a ser relacionada con los heridos de guerra y comenzó a ser vista como una insuficiencia, una deficiencia a ser erradicada (Palacios, Bariffi, 2007, p.16).

Duque, Quintero y González (2015) señalan dos características de este modelo:

1. Las causas para justificar la discapacidad ya no son religiosas, sino que pasan a ser científicas. Ya no se habla de Dios o diablo, divino o maligno, sino que se determina a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad.
2. Las personas con discapacidad ya no son consideradas “inútiles” respecto a las necesidades de la comunidad, ahora pueden tener algo que aportar, aunque ello depende en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas.

Céspedes (2005) señala que el modelo médico considera que la discapacidad es un comportamiento anormal del individuo, el síntoma o la manifestación externa de una alteración de su organismo. La persona con discapacidad se considera como enferma permanente, sólo en espera de una cura, que en la mayoría de los casos es imposible. En este modelo, la discapacidad es vista como un problema del individuo, pues es él quien presenta una anomalía física, sensorial o mental, lo que hace que su deficiencia y su falta de destreza sean el origen de sus dificultades, y por ende, es necesario que se someta a una rehabilitación centrada en el sujeto como paciente, quien requiere intervención médica individualizada, que debe ser brindada por un profesional de la salud.

Franco (2010) menciona cómo la sociedad percibe a las personas con discapacidad:

1. La discapacidad se ve como algo que podría limitar a una persona. Se ve como algo que la persona no debería querer o que hace a la gente diferente de una manera negativa.
2. La discapacidad es algo malo.
3. La discapacidad es un problema personal; la discapacidad está en ti y es tu problema.
4. Los problemas mejorarán al curar a la persona o al hacerla parecer lo menos discapacitada posible.
5. Únicamente los profesionales pueden ayudar a que la persona con una discapacidad tenga cabida en la sociedad y a ser aceptada en ésta.

Hernández (2015) menciona que los tratamientos clínicos que se brindan a las personas con discapacidad son de manera individual, encaminados a conseguir la cura o una mejora del sujeto, o un cambio en él, concentrándose en las consecuencias de la enfermedad. La discapacidad debe ser diagnosticada y mejorada para que el sujeto normalizado pueda adaptarse al sistema (Alfaro, 2017, p. 678).

Los rasgos del modelo médico se reflejan en la *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad* (CIDDM) que fue presentado por la Organización Mundial de la Salud en 1980. (Seoane, 2011) Egea y Sarabia ((2001) indican que cada uno de los tres ámbitos anteriores, consecuencia de la enfermedad, fueron definidos de forma operativa por parte de la OMS:

1. Una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
2. Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
3. Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

Modelo social

Victoria (2013) señala que el modelo social se presenta como un nuevo paradigma del tratamiento actual de la discapacidad. Considera que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Se hace énfasis en que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que el resto de las demás, pero siempre desde la valorización a la inclusión y el respeto a lo diverso. De Asís (2013) indica que el modelo social puede así ser descrito de manera genérica a través de la defensa de los siguientes postulados:

- a. El enfoque correcto para abordar la discapacidad desde un punto de vista normativo es el de los derechos humanos.
- b. La discapacidad es, principalmente, una situación en la que se encuentran o pueden encontrarse las personas y no un rasgo individual que las caracterice.
- c. La discapacidad tiene, en la mayoría de los casos, un origen social por lo que las medidas destinadas a satisfacer los derechos de las personas con discapacidad deben tener como principal destinataria a la sociedad en general.
- d. La política normativa en el ámbito de los derechos de las personas con discapacidad debe moverse en el plano de la igualdad y la no discriminación y, dentro de este, en el ámbito de la generalización de los derechos.

Gómez (2016) menciona que a principios de los años sesenta y setenta del siglo XX surgen en países como Estados Unidos, Gran Bretaña y países escandinavos, movimientos sociales por parte de colectivos *desfavorecidos*, como personas de raza negra y otras minorías étnicas, mujeres y personas con discapacidad, manifestando su situación de marginación y pidiendo el reconocimiento de sus derechos civiles como ciudadanos en situación de igualdad social (p. 43).

Particularmente, en Estados Unidos en los años sesenta, surge un movimiento denominado *Independent Living Movement* (Movimiento de Vida Independiente) por parte de las personas con discapacidad y sus familias.

Movimiento de vida independiente

Vida independiente es un paradigma, un modelo desde el que la persona con discapacidad ejerce su plena capacidad de elección como ser humano y ciudadano en plenitud de condiciones, en libertad, de modo individual, controlando todos y cada uno de los aspectos de su vida para acceder al mismo rango de igualdad de derechos y deberes que los conciudadanos sin discapacidad. (Maraña, p. 21, 2004, citado por Iáñez 2009).

Con base en Palacios (2008) el objetivo de este paradigma es rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades. Si se considera que las causas que originan la discapacidad son sociales, las soluciones no deben brindarse individualmente a la persona afectada, sino más bien deben ser dirigidas hacia la sociedad y hacia las repercusiones en las políticas a ser adoptadas sobre las cuestiones que involucren a la discapacidad.

El modelo social viene a resolver las insuficiencias del modelo médico en el contexto de los derechos. De este modo, el modelo social exige una nueva visión y regulación de la capacidad jurídica que maximice las posibilidades de ejercicio de los derechos. Como ya se ha mencionado en diversos trabajos Para el modelo social la discapacidad es, en efecto, una cuestión de discriminación y exclusión y, por tanto, una cuestión de derechos humanos. (Cuenca, 2011)

En 1999 se publicó una nueva versión de *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad* (CIDDM). La Organización Mundial de la Salud promovió y organizó la Reunión Internacional que se celebró en Madrid del 15 al 18 de noviembre de 2000, en colaboración con el Instituto de Migraciones y Asuntos Sociales y un Centro Colaborador de la OMS en España, la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación, con el título *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. (Jimenez, Gonzalez y Martin, 2001).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Tradicionalmente la salud y la discapacidad se han definido como conceptos excluyentes. Así, la discapacidad se entendía como un estado que empieza donde termina la salud, pasando entonces a constituir una categoría separada (modelo biomédico).

En este punto la CIF supone un cambio conceptual radicalmente distinto. Asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo largo de nuestra vida y de todas sus facetas y no son, por tanto, categorías separadas. (Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucky y Cieza, 2009).

Referencias

- Aguilar, G. (2004). Del exterminio a la educación inclusiva: Una visión desde la discapacidad. V Congreso Educativo Internacional: De la educación tradicional a la educación inclusiva. Universidad Interamericana
- Albarrán, A. (2015). Algunas perspectivas y modelos de comprensión de la discapacidad. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 21(2), 127-165.
- Alfaro, J. (2017). El problema del enfoque médico de la discapacidad: Un desafío interdisciplinario entre salud, educación y el derecho. *Revista Médica Chile*, 145, 678-681.
- Céspedes, G. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Universidad de La Sabana.
- Cuenca, P. (2011). Derechos Humanos y Modelos de Tratamiento de la Discapacidad. Departamento de Derecho Internacional, Eclesiástico y Filosofía del Derecho. Universidad Carlos III de Madrid
- De Asís, R. (2013). Sobre el Modelo Social de la Discapacidad: críticas y éxito. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Universidad Carlos III de Madrid.
- Duque, S., Quintero, M. & González, P. (2015). Sobre el concepto “persona en situación de discapacidad” en el ordenamiento jurídico colombiano. *Revista Advocatus*, 12(25), 71-87.
- Egea, C. & Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Revista Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, 15-30.
- Fernández, J., Fernández, M., Geoffrey, R., Stucky, G. & Cieza, A. (2009). Funcionamiento y Discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española Salud Pública*, 83, 775-783.
- Franco, E. (2010). Transición del Modelo Médico-Rehabilitador al Modelo de Inclusión Social. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Gómez, V. (2016). La discapacidad organizada: Antecedentes y trayectorias del movimiento de personas con discapacidad. *Historia actual online*, 39 (1), 39-52.
- Hernández, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de los Derechos. *Revista CES Derecho*, 6 (2), 47-59.
- Iáñez, A. (2009). Vida independiente y diversidad funcional. Resultados de una investigación social aplicada a la provincia de Sevilla. *Revista Portularia*, 9(1), 93-103.
- Jimenez, M., González, P. & Martín, J. (2001). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. *Revista Española Salud Pública*, 76, 271-279.
- López, R. (2011). Evolución histórica y conceptual de la discapacidad y el respaldo jurídico-político internacional: el paradigma de los derechos humanos y la accesibilidad. *Revista de Educación*, 6(2), 102-108.
- Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16, 381-414.

Palacios, A. & Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones CINCA.

Palacios, A. & Románach, J. (2006). El modelo de la diversidad: La bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. España: Ediciones Diversitas.

Palacios, A. (2008). El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización, y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Grupo Editorial CINCA.

Parra, C. (2010). Educación inclusiva: Un modelo de educación para todos. *Revista Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior*, 8, 73-84.

Rodríguez, A. (2010). Modelos en el tratamiento de las personas con discapacidad: especial referencia a la discapacidad intelectual. Tesis de maestría. Instituto de Derechos Humanos: Bartolomé de las Casas.

Seoane, J. (2010). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Revista ÁGORA*, 30 (1), 143-161.

Toboso, M. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamiento de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 10(20).

Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista empresa y humanismo*, 15(1), 115-136.

Victoria, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: Una cuestión de derechos humanos. *Revista de derecho UNED*, 12, 817-833.