

## ARTÍCULOS ORIGINALES

# ABORDANDO LA DISCAPACIDAD DESDE LA VIVENCIA<sup>1</sup>

## Una Investigación Cualitativa

Quien alberga sentimientos negativos ante un problema,  
tiene dos problemas.

Anthony de Mello

Francisco Bohórquez,<sup>1</sup> Consuelo Clavijo,<sup>i,ii</sup> Clara Córdoba,<sup>ii</sup>  
Rovira González,<sup>i,v</sup> Myriam Hormiga,<sup>v</sup> Guillermo Rodríguez,<sup>v,i</sup>  
María Verónica Torres,<sup>v,ii</sup> Luis Ignacio Zúñiga<sup>v,iii</sup>

Grupo Salud y Motricidad - Universidad del Cauca<sup>2</sup>

### RESUMEN

*Buscando opciones que contribuyan a superar la concepción frecuentemente negativa que prevalece frente a la discapacidad emprendimos una investigación cualitativa siguiendo el enfoque fenomenológico hermenéutico y los*

Recibido para evaluación: septiembre 6 de 2006. Aprobado para publicación: Septiembre 20 de 2006

- 1 Ponencia presentada en el III Encuentro Internacional de Experiencias Significativas en Motricidad Humana, Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias Exactas, Naturales y de la Educación, 6 de septiembre de 2006.
- i Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, candidato a Doctor en Ciencias de la Educación de Rudecolombia; docente facultad de ciencias de la salud. Coordinador grupo Salud y Motricidad.
- ii Licenciada en administración educativa, especializada en educación para la democracia, técnica en tifología, docente del programa de Educación Física.
- iii Médica especialista en Medicina Deportiva, docente del programa de Educación Física, Universidad del Cauca.
- iv Fisioterapeuta, docente del programa de Educación Física.
- v Fisioterapeuta, Magister en Desarrollo Humano, docente del programa de Fisioterapia, Universidad del Cauca.
- vi Médico especializado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, docente del programa de Educación Física, Universidad del Cauca.
- vii Fisioterapeuta, docente del programa de Fisioterapia, Universidad del Cauca.
- viii Licenciado en Educación Física, Especialista en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, profesor del programa de Educación Física, Universidad del Cauca.

Correspondencia: frabohorquez@hotmail.com

*principios de la Motricidad Humana. Para ello elaboramos y compartimos vivencias personales en las que hubiéramos enfrentado limitaciones potencialmente discapacitantes en algún momento de nuestra vida. A partir de las concepciones surgidas exploramos la problemática general del concepto de discapacidad y revisamos la evolución histórica del concepto. A pesar de una significativa experiencia profesional, para la mayoría resultó difícil reconocer y exponer experiencias personales discapacitantes, los relatos se centran en experiencias y creencias profesionales. Ante la discapacidad predominaron en la mayoría sentimientos y conductas alienantes más que emancipadores. Re-conceptualizar la discapacidad más que cambiar su significado semántico, es transformar la connotación que tiene en nuestra vida y darle sentido como parte de la realidad personal. Quienes estamos involucrados en procesos de salud, rehabilitación o educación, necesitamos desarrollar una conciencia vivencial (corpórea) de nuestras propias limitaciones, fortaleciéndonos para apoyar a otros a transformarse y crecer amorosa y creativamente.*

**Palabras clave:** *Discapacidad, limitación, vivencia, motricidad humana, corporeidad, alineación-emancipación, sentido de vida.*

## ABSTRACT

*In search for looking options that contribute to overcome the frequently negative conception about disability we make a qualitative research based on the hermeneutic phenomenological approach, and some principles of the Human Motricity paradigm. We make and share out personal life experiences in those that we had potentially disabilities in some moment of our life. Starting from the arisen conceptions we explore the general problem of the disability concept and also we revise the historical evolution of the concept. In spite of a significant professional experience, for most it was difficult to recognize and to expose on disability personal experiences, the stories are centered in experiences and professional beliefs. In from of disability, alienating feelings and behaviors prevailed most than autonomy attitudes. To re-conceptualize disability more than to change their semantic meaning, it is necessary to change the connotation that has in our life to transform and to give him sense as part of the personal reality. Who are involved in processes of health, rehabilitation or education, we need to develop a corporal conscience of our own limitations, strengthening to support others to transform and to grow loving and creatively.*

**Key words:** *disability, limitation, human motricity, corporal life experience, alienation-freedom, meaning life.*

## NUESTRA BÚSQUEDA: ¿POR QUÉ DISCAPACIDAD?

El grupo de investigación Salud y Motricidad (GISM), constituido por profesores de las Facultades de Salud y Ciencias Exactas, Naturales y de la Educación, de la Universidad del Cauca, se propuso desde su creación como misión "Promover el proceso humanizador, mediante encuentros dialógicos de saberes y vivencias de la salud y la educación, que fomenten la integración motricia consigo mismo, con el otro y la naturaleza. A través de la investigación queremos promover encuentros interdisciplinarios enfocados hacia el descubrimiento de la motricidad desde la construcción de nuestra corporeidad, involucrando los componentes científico, tecnológico y cultural en la docencia, la investigación y la proyección social".

Con el fin de desarrollar este propósito y considerando que una gran mayoría de los integrantes del grupo somos profesionales de la salud o la educación con fuertes vínculos y

motivaciones frente a procesos de rehabilitación en personas que atraviesan situaciones "discapacitantes", el grupo ha querido para este año abordar el problema de la DISCAPACIDAD, considerando que:

1. La condición de "ser discapacitado", se ha convertido para muchos de quienes la viven y sus familias, en situación denigrante; generadora de subvaloración, aislamiento y deterioro de sus condiciones personales, familiares y sociales.
2. Los profesionales que trabajamos con estas personas nos hemos acostumbrado a ver la discapacidad desde una óptica organicista, asistencialista e instrumental, que contribuye poco al desenvolvimiento humano pleno de quienes la viven.
3. Que socialmente son poco y deficientemente comprendidas las experiencias humanas relacionadas con esta condición, facilitando valoraciones y juicios denigrantes, así como situaciones de desventajas para la salud, la integración social y la autonomía económica de quienes las enfrentan.

Por esta razón, queremos indagar los conceptos que podrían superar la actual idea que tenemos frente a la discapacidad, contribuyendo a dar mejores perspectivas a quienes viven este tipo de condiciones, y ayudando a los que la atendemos profesionalmente a comprenderla en una forma más integral y humana.

## DISCAPACIDAD: ¿DISCRIMINACIÓN DE LOS INCAPACES?

Por lo menos el 10% de las personas en el planeta tienen algún grado significativo de trastornos en su desempeño físico, mental o emocional que hace que sean consideradas discapacitadas. En los países de América Latina la situación de abandono de los discapacitados va en aumento. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sólo un 2% de los 85 millones de personas que viven con alguna discapacidad en la región, encuentran respuestas a sus necesidades específicas. Mientras, el sector salud, responsable de la atención directa a los discapacitados, evade el problema o limita el campo de su actuación.(1)

El origen de la discapacidad ha estado hasta ahora relacionado con problemas médicos, sociales y ambientales y cuando se explican sus causas se afirma que “sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son causas de discapacidad. Otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales”.(2) Pero estas son las causas imputables a las circunstancias inmediatas, hay además condiciones económicas, culturales, políticas y religiosas, así como circunstancias familiares, personales e institucionales críticas que generan situaciones discapacitantes y que no son usualmente calificadas como tales.

La discapacidad es un concepto clave vinculado especialmente al problema de deficiencias de salud física, mental y emocional. Este término adoptado por la OMS desde 1980 en su clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, es de gran popularidad en los campos de salud, enfermedad y rehabilitación. El vocablo “discapacidad” fue aceptado por la Real Academia Española y es definido en su diccionario como la “cualidad del discapacitado”; y define al discapacitado como la persona que tiene “impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales”, por alteración

de sus funciones intelectuales o físicas (DRAE, 2002). Otras términos, más populares, vinculados con este y que califican a quien la padece como “limitado”, “incapacitado”, “inválido” o “minusválido”, generan exclusión y proyectan una idea negativa de las personas con discapacidades como “enfermo”, “impedido”, “sin habilidades”, “desamparado” o “sin capacidades”.

La discapacidad ha estado estrechamente unida a la idea de enfermedad o disminución social, aunque esta se haya superado o esté controlada; y proyecta la idea que una persona discapacitada es una persona enferma o desamparada. Los estigmas sociales de esta condición generan marginalidad, exclusión y discriminación en muchos grupos y espacios sociales y contextos, llevando a las personas con discapacidades no sólo a ver incrementados sus impedimentos sino a ser víctimas de explotación, abuso, irrespeto, desprecio e incluso violencia (van Wijnen, 2000).(3) Esta situación de injusticia social sugiere que los días en que los leprosos eran confinados a guetos aislados no parecen haberse aun superado.

El problema de discriminación ante la discapacidad es más grave si se tiene en cuenta que incluso dentro de la comunidad científica hay posturas extremas en su contra. En los últimos años con la tecnología médica que puede facilitar la prevención del nacimiento de niñas y niños con discapacidades, se amenaza al discapacitado incluso antes de nacer. Se cita el caso de Holanda donde el Consejo de las Personas con Discapacidades presentó una demanda contra un médico y “filósofo cultural”, que manifestó públicamente que creía necesario limitar el crecimiento de la población de personas con discapacidad y que para ello era necesario emplear “criterios cualitativos de selección”. Posturas que recuerdan la ideología de la *eugenesis* surgida a finales del siglo XIX, uno de los principios del nazismo, y que ahora con el diagnóstico genético prenatal vuelve a resurgir, desatando un conflicto moral y ético a nivel médico-legal.(4)

Creemos, como lo declara el Parlamento Europeo, que: “las personas con discapacidad tienen el mismo derecho a la vida y a los recursos sociales y económicos que puedan permitirles vivir su vida con un máximo de dignidad y autodeterminación y, por lo tanto, no deberían ser consideradas como una trágica minoría. Toda persona discapacitada debe tener el derecho a llevar una vida independiente, autónoma y auto-determinada.”(5) Pero, acercarse a este propósito requiere que la comunidad, la legislación, los dirigentes y los sistemas de salud y educación, estén articulados, tengan los recursos básicos y sobre todo, que haya comprensión, voluntad y compromiso de parte de la sociedad y es

allí donde radica uno de los principales problemas: además de la barrera socioeconómica, está la brecha humana, donde los principales escollos son la ignorancia, el miedo y el prejuicio. ¿Qué hacer frente a esta problemática desde los ámbitos de salud y educación en la Universidad del Cauca?, ¿Cómo contribuir desde el GISM?

## LA DISCAPACIDAD Y LA OMS

Hasta el año 2001 la forma de clasificar los problemas relacionados con la discapacidad estuvo orientada, a nivel global, por la CIDDM: *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*; que fue publicada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con carácter experimental. Esta fue revaluada en 1999 y fue cambiada en su 54 Asamblea del 22 de mayo del 2001, que aprobó por unanimidad la segunda edición de la *Clasificación de Funcionamiento, Discapacidad y Salud* (CIF) (6); con el apoyo de la Confederación Mundial de Terapia Física (World Confederation on Physical Therapy), a nombre de las organizaciones no gubernamentales.

La CIDDM, consideraba la *deficiencia* como los trastornos que la enfermedad produce en la estructura corporal, la apariencia física o la función de un órgano o sistema. La

*discapacidad* como la restricción o pérdida de la habilidad en el rendimiento funcional para desarrollar una acción o una actividad en una forma considerada normal por las personas, que son producidas por las deficiencias y define la *limitación* (que también denomina minusvalía) a las desventajas que experimenta el individuo en su interacción y adaptación al medio, causadas por sus deficiencias y discapacidades.

En la CIF se distinguen dos partes, cada una con dos componentes: La primera cubre la función y la discapacidad; sus componentes son las funciones, estructuras corporales y deficiencias, y la segunda las actividades y participación, que incluye limitaciones de la actividad y restricciones de participación. La segunda parte, es llamada Factores del contexto y allí distingue los Factores ambientales y los factores personales (Tabla 1).

Para la CIF la *Discapacidad* es la consecuencia de las complejas relaciones entre las condiciones de salud del individuo, sus factores personales, y factores externos que representan las circunstancias en las cuales el individuo vive, es decir su contexto. El término *Deficiencia* (impairment), señala los problemas en las funciones o estructuras corporales como una desviación significativa o una pérdida. Debido a estas relaciones, diferentes ambientes pueden

**Tabla 1.** Visión de conjunto de los componentes de la CIF (OMS, 2001)

CIF 2001	Primera Parte: Función y discapacidad		Segunda Parte: Factores del contexto	
	Funciones corporales y estructurales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas en la funcionalidad y la discapacidad	Influencias internas en la funcionalidad y la discapacidad
Características	Cambios en funciones corporales (fisiológicas)  Cambios en estructuras corporales (anatómicas)	Capacidad de ejecutar tareas en un ambiente estandarizado  Desempeño para la ejecución de tareas en un ambiente corriente	Impactos que facilitan o impiden aspectos del mundo físico, social y actitudinal	Impactos en atributos de la persona
Aspectos Positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades de Participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionalidad			
Aspectos Negativos	Deficiencia	Limitación de la actividad Restricción en la Participación	Barreras / obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

tener un impacto muy diferente en el mismo individuo dependiendo de la actividad de la persona, su grado de participación, las características del entorno social y sus respuestas de adaptación a la situación. Como puede apreciarse, la discapacidad es el resultado conjunto de las deficiencias, la limitación de la actividad y la restricción en la participación y deben valorarse personal, contextual y temporalmente.

La dimensión *Actividad* se refiere a la realización de una tarea o acción por parte de una persona. La actividad está limitada cuando la persona, en el contexto de una condición de salud, tiene dificultades para realizar la actividad de la manera esperada, o no puede realizarla. Las limitaciones en la actividad se evalúan en comparación con una norma aceptada de acuerdo con las expectativas culturales y sociales. Junto con la limitación de la actividad se distingue la dimensión de la *Participación*, que se ocupa de la implicación de una persona en un área de la vida y en particular esa implicación se ve restringida o facilitada por factores contextuales. La limitación en la actividad denota impedimentos en el desempeño a nivel individual. Por ejemplo, ir a la escuela es una actividad del niño; sin embargo, que te permitan ir a la escuela y ser incluido en todas las actividades de la escuela es un aspecto de la *participación*. Dicha Participación es la implicación de un individuo en situaciones vitales relacionadas con Estados de Salud, Funciones y Estructuras Corporales, Actividades y Factores Contextuales. Son Restricciones en la Participación aquellos problemas que un individuo puede experimentar en la manera o extensión de su implicación en situaciones vitales.

Según la OMS, la CIF pertenece a la "familia" de clasificaciones desarrolladas para aplicación en varios aspectos de la salud. El conjunto de clasificaciones de la OMS busca proporcionar un amplio rango de información acerca de la salud y establecer un lenguaje estandarizado y único que permita la comunicación en todo el mundo sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias. Esta fue elaborada teniendo en cuenta la clasificación internacional vigente de la OMS sobre los trastornos de salud, la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión)(7), que representa un marco etiológico para la CIF. De esta forma la CIF hace un esfuerzo por superar la mirada puramente organicista de la enfermedad, incluyendo aspectos relacionados las circunstancias mentales y emocionales de la persona, así como con la actividad, la participación social, las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales en que vive, abordando el problema integralmente y para diferenciar una persona de otra con la misma enfermedad, reconociendo la importancia del contexto.

## EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

El concepto de discapacidad ha evolucionado en historia humana paralelo a ideas como normalidad/anormalidad, salud/enfermedad, y más recientemente persona/ambiente. Salazar distingue cinco tipos que han caracterizado la visión y la actitud de las sociedades hacia las personas discapacitadas (Tabla 2).(8) El curso seguido entre el más

**Tabla 2.** Evolución del Concepto de Discapacidad (modificado de Salazar, 2005)

Visión de la Sociedad hacia las personas con Discapacidad	Actitud de la sociedad frente a ellas	Tipo (Salazar)	Modelo (Aguilar)
Improductivas, una carga para la comunidad.	Las sociedades primitivas practicaban la eliminación física de la diferencia.	Bárbaro	Tradicional
Tienen que ver con los designios de los dioses.	Los endiosaban o los asociaban con algo maléfico.	Mágico	
Nocivas y peligrosas. Pueden hacer daño o contagiar su mal.	Los encerraban para proteger a la sociedad.	Discriminatorio	
Seres sufridos y necesitados que inspiraban lástima.	Es necesario hacer una obra de caridad con esos "pobres seres". Se los atiende en asilos y hospicios.	Compasivo	Rehabilitador
Persona diferente con necesidades especiales.	Requieren valoración sistemática técnica y ayuda institucional profesional	Asistencial	
Persona con deficiencias que tienen derecho a realizar su proyecto de vida y a participar en comunidad.	Pueden y deben estar integrados en el ámbito familiar, escolar, social y laboral.	Ecológico	

antiguo y el más moderno no ha sido estrictamente escalonado, y no se puede decir que hayan desaparecido, sino que las prácticas cotidianas derivadas de los mismos subyacen y coexisten, al punto de resultar, según Aguilar, incluso contradictorios.

Aguilar identifica una secuencia similar, y los agrupa en tres grandes modelos que engloban los diferentes tipos: el modelo *tradicional* que ha significado eliminación física, caridad y posteriormente, asistencialismo por confinamiento en asilos, hospitales especializados o centros de educación para inválidos; el modelo *rehabilitador* surgido después de la segunda guerra mundial que admite la discapacidad como problema asistencial médico y social, que impulsa la rehabilitación profesional, la educación especial y posteriormente la integración educativa; y el modelo de *autonomía personal* que aboga por la vida independiente de la persona discapacitada, donde son estas y sus familiares quienes asumen el liderazgo en defensa de sus derechos sociales, y buscan la equidad en su atención y la autonomía en el manejo de sus vidas.(9)

El movimiento de autonomía aboga por una *educación inclusiva* que abarque todo el sistema educativo, contemple las particularidades del entorno de tipo económicas, culturales, políticas, religiosas y laborales; donde el discapacitado es tan solo una persona como los demás que requiere un reconocimiento y manejo apropiado de sus condiciones. De aquí que para Aguilar este modelo se haya constituido en un verdadero *movimiento educativo* fundamentado en el principio de educación para todos, que reconoce la educación como un derecho inalienable de todas las personas y consecuentemente se opone a cualquier forma de segregación en la educación por razones personales, sociales, étnicas o culturales.

Para Salazar, la discapacidad no puede seguir siendo vista como una situación estática, sino que debe comprenderse como un proceso dinámico, resultado de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive; visión que genera un nuevo paradigma: el del *apoyo*, que cree en la capacidad de la persona y promueve su autonomía; un apoyo que conciba a la persona como gestora de su propia vida y no como simple espectador y en el que no se perpetúen actitudes tradicionales de sobreprotección y dependencia.(10)

Uno de los autores que más ha impulsado este nuevo paradigma ha sido Robert Schalock, quien ha promovido una nueva visión de la discapacidad partiendo de la reconceptualización lograda con la discapacidad mental. Schalock ha denominado a esta nueva concepción el *mo-*

*delo ecológico*, considerando que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre esta y el ambiente en el que vive. Este autor plantea que tal paradigma supone hacer énfasis en la autonomía, la integración, la igualdad, y en las capacidades. El paradigma basado en el *apoyo* se orienta a encauzar la prestación de servicios a las personas con discapacidades centrándose en las circunstancias vitales (salud y rehabilitación, afectivas, cognitivas y familiares) así como en el empleo y la educación integrada. Por tanto este modelo apunta hacia la valoración, gestión, mejora y mantenimiento de la calidad de vida; realizando una aproximación no-categorica de la discapacidad, que enfoca las conductas funcionales y las necesidades de apoyo de las personas, restando importancia al diagnóstico clínico.(11)

## METODOLOGÍA

Desarrollamos una investigación cualitativa basada en el método fenomenológico hermenéutico propuesto para la investigación educativa por Spiegelberg y difundido por Mèlich (1997)(12) mediante el cual auto-indagamos el concepto que los integrantes del GISM, tenemos sobre la discapacidad. La indagación fenomenológica-hermenéutica desarrollada incluyó los siguientes aspectos: 1. Investigación de los fenómenos particulares (relato escrito de experiencias en las cuales consideráramos que habíamos estado en condición de discapacidad, describiendo situaciones, emociones, ideas, comportamientos y resoluciones); 2. Investigación de las esencias (reflexión imaginativa e intuitiva de las esencias de estas actitudes); 3. Clasificación de las esencias (identificación de conceptos y categorías involucrados en las experiencias); 4. Observación y discusión reflexiva de la constitución de subjetividad (identificación de la toma de consciencia de emociones, intenciones, actitudes y comportamientos implícitos en las explicaciones: vivenciación); 5. Práctica de la puesta entre paréntesis *-epokhé-* (distanciamiento crítico de las cuestiones existenciales de los fenómenos vivenciados); 6. Interpretación de significados de los fenómenos (vivencias).

El grupo estuvo constituido por ocho profesionales de la salud: tres médicos y cuatro fisioterapeutas; y otra parte tenemos formación uno como educador físico, otro licenciado en educación. Algunos trabajamos en la Facultad de Ciencias de la Salud, vinculados a los programas de Fisioterapia y Medicina, donde orientamos asignaturas vinculadas con el problema de la discapacidad y otros en el programa de Educación Física, donde dirigimos asignaturas que abordan en forma temática o prácti-

ca la educación física de personas con discapacidades. Como resulta obvio que al dar nuestro concepto de discapacidad cada uno de nosotros hable desde su mirada profesional, que recoge las definiciones e ideales propios de su campo y que limitan la posibilidad de tener una perspectiva más amplia; quisimos abordar primero el problema desde la subjetividad personal de cada uno de los miembros del grupo de investigación; para lo cual queremos aprovechar el campo desde donde el grupo ha querido abordar la salud y la educación: La Motricidad Humana.

El concepto de vivencia sobre el cual trabajamos, proviene de la Ciencia de la Motricidad Humana, un paradigma que permite una aproximación epistemológica innovadora en los campos de la salud y la educación. Esta ciencia ha sido concebida como *energía para el movimiento centrífugo y centrípeto de la personalización hacia la trascendencia* (Sérgio, 1999). (13) Investigar desde la motricidad, es percibir, aprehender e interactuar en la relación yo-otro-cosmos, encauzando nuestra potencialidad en acción intencional trascendente, *-para ser más y ser mejor ser humano en toda circunstancia de superación,...* para la *transformación del mundo y la creación de nuevos posibles*, dice Sérgio. (14) En esta perspectiva, toda acción humana consciente, integra y mueve al ser -su corporeidad- en y con la realidad, expresada en *vivencia*. Vivenciar es un acto de comprensión que se da simultáneamente en todos los niveles del ser: físico, mental, emocional, energético, político, cultural y espiritual. La motricidad es un terreno fértil para la vivenciación (vivir en-acción) que actualiza e integra las dimensiones del ser humano, proporcionándonos sentido del mundo. (15)

Más recientemente Kolyniak (2005) define la Motricidad como la forma concreta de relación del ser humano con el mundo y con sus semejantes, relación ésta caracterizada por intencionalidad y significado. (16) Desde este punto de vista, la Motricidad aboga por un enfoque más integral y complejo del conocimiento. Dado que enfrenta problemáticas de las ciencias sociales, especialmente de la educación, acoge los enfoques cualitativos en investigación, que reconocen el sujeto, su papel creador y transformador de la realidad y por ello los caminos fenomenológico y hermenéutico han sido pilares importantes para sus investigadores. Además la Motricidad reconoce la *corporeidad* como realidad desde la cual el hombre comprende y vive el mundo y el papel ecológico de las interacciones humanas en el ámbito personal, social y con la naturaleza. Por ello, desarrollamos este trabajo fundamentalmente desde el enfoque fenomenológico.

## HALLAZGOS: NUESTRAS HUELLAS LIMITADAS

El análisis de los conceptos emitidos alrededor de la discapacidad en las vivencias elaboradas por los miembros del grupo nos permitió construir las siguientes categorías:

### IDEAS ANTE LOS TÉRMINOS

#### Discapacidad

- No poder interactuar en armonía con nosotros y con el cosmos.
- Un estado mental que se refleja en nuestra corporeidad.
- Es la cara oscura de nuestras capacidades, que nos impulsa a superar nuestras limitaciones con nuestras capacidades.
- Condición que nos pone en desventaja ante el común de la gente, ya sea una deformidad que no te deja ser funcional.
- Todas aquellas posibilidades de acción que han tenido y tienen que ser resueltas de una manera diferente, para poder interactuar en el mundo de los "SUPUESTOS NORMALES", en el cual se deben vencer múltiples barreras.
- Cualquier restricción o impedimento para la realización de una actividad, ocasionados por una deficiencia, dentro del ámbito considerado normal para el ser humano. (O.M.S.)
- Pérdida de una función (psíquica, física, anatómica, emocional) que impide desarrollar las funciones similares a las que realiza otra persona independiente de su raza, edad, sexo. (OMS)
- Una alteración o falta de funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo.

#### Discapacitado

- Personas con necesidades o cualidades especiales.
- Incapacidad o limitación para desempeñarse en las actividades de la vida diaria, en el manejo de sus emociones y en su desempeño social y familiar.
- Una persona con discapacidad es aquella que debido a una desigualdad física, mental o sensorial se encuentra en desventaja, debido principalmente a la falta de oportunidades a la par que otro individuo de su raza, sexo y condición social.
- Una persona que por alguna razón social, física o psicológica, independiente de la causa que la haya originado, tienen la oportunidad de interactuar frente a su comunidad, dentro de los diferentes quehaceres (sean

estos culturales, sociales, laborales, escolares y políticos entre otros), de una forma diferente e incluso mejor que cualquiera de nosotros los Seres Humanos.

### Problemas del concepto

- Normalidad ¿ser NORMAL es ser PERFECTO?
- Muchos vivimos con la discapacidad, otros vivimos de la discapacidad y algunos mas vivimos por y para la discapacidad.
- Todos somos distintos.
- El imaginario colectivo asocia a la persona discapacitada con incompetencia, invalidez, disminución, descalificación, inhabilitación, insuficiencia, carencia.

### Tipos de discapacidad

- Discapacidad física, mental, emocional y sensorial (OMS)
- Discapacidad temporal.
- Discapacidad social, privación de la libertad física, mental, emocional (el secuestro); discriminación (racial, social, por estrato socioeconómico, económica, género, edad, religiosa, geográfica, política).

## REACCIONES ANTE LA SITUACIÓN DE ESTAR DISCAPACITADO

### Sentimientos alienantes (Stokols, 1978)

- Temores, inseguridad y miedos (muerte, vejez, dolor, deformidad, oscuridad, soledad, silencio, público).
- Pánico, sentirse anormal, vergüenza e inferioridad. incompetencia, invalidez, disminución, descalificación, inhabilitación, insuficiencia, carencia, baja autoestima.
- Frustración o imposibilidad para conocer, hacer, relacionarse o para realizarse.
- Bloqueos: resentimientos, pérdida del control de su propia vida, ser manipulado con fines secundarios, objeto de caridad o compasión.
- Confusión: “Estar metido en un saco de anzuelos”.

### Sentimientos emancipadores (Wright, 1988)

- Tomar conciencia de nuestras limitaciones, para poder trascender en nuestro crecimiento personal y colectivo.
- La discapacidad estimula a las personas que la padecen a amarse y amar a los demás de una manera más auténtica y profunda.
- Valentía.

### Conductas alienantes

- Negación de quien tiene una vivencia discapacitante, familiares o profesionales.
- Rechazo ante la imagen corporal cambiada o subvalorada.
- Introversión, aislamiento, timidez, subvaloración.
- Sobreprotección por parte de la familia y de la sociedad. Asumir conductas sobreprotectoras.
- Desconocer, no aceptar o evadir situaciones personales potencialmente discapacitantes, o los sentimientos que estos generan.
- Percibir la discapacidad como desventaja.
- Proyección: reconocimiento de los problemas discapacitantes en los otros, pero no en uno mismo.
- No tener la capacidad ni... condición para realizar un trabajo con ellos.
- Estar capacitada ha sido una discapacidad (Guiarse solo por el “deber ser” convencional social o profesional).

### Conductas emancipatorias

- Actividad física, deporte, manejo bioenergético.
- Ponerse en el sitio del otro.
- Reconocer las emociones del discapacitado.
- Aprender a manejar (de una manera diferente) el cuerpo físico y las emociones.
- Solidaridad: Ellos me necesitan yo necesito de ellos, somos una comunidad.
- Perfeccionamiento o adaptación: Deseo de recuperación y reintegración a su rol social, laboral y familiar.
- Tratar de brindar herramientas a todas estas personas con necesidades especiales.
- Sentirse diferente en función de muchos aspectos, nos sería útil para repensarnos, auto-concernos, y tomar conciencia de nuestras limitaciones.
- La discapacidad estimula a las personas que la padecen a enfrentar la vida más creativa y magistralmente, a valorar e incrementar muchas de sus capacidades, a dar gracias a la vida por la oportunidad de vivir cada día.
- Aceptación.
- *Insigth* (darse cuenta, toma de conciencia).
- Habilitado para un trabajo social con la “población discapacitada”.
- Expandir y ampliar el rango de sus sentidos, que le ha permitido desarrollar una percepción especial.
- Ganar una intuición más amplia y penetrante de la realidad que la rodea.
- Estar discapacitado no significa estar limitado.

### Problemas y obstáculos

- Tendencia a marginar al discapacitado y, por otra, una falta de sensibilidad para detectar, comprender y actuar apropiadamente frente a problemas discapacitantes.
- Desconocimiento sobre discapacidad visual de los profesionales de la salud, que incluye a los especialistas.
- Pocos o ausentes los esfuerzos implementados por las autoridades gubernamentales de los municipios y deficiente la capacidad de los profesionales de salud para enfrentarlos.

### Necesidades

- Se requiere sensibilizar y educar a la comunidad sobre la dimensión e impacto de estas problemáticas, especialmente a los políticos responsables de implementar los programas; a los maestros, que pueden reconocer y actuar tempranamente; y... a los profesionales de salud.
- Responsabilidad de la Universidad del Cauca fortalecer la formación de los profesionales de Ciencias de la Salud y Educación en este campo.

Más vale cojear con tu bastón que estar siempre sentado.

Sólo quien sufre desgracias comprende al desamparado.

Proverbios chinos

## DISCUSIÓN: ¿SENTIRNOS DISCAPACITADOS?: ¡UF!.

Percibimos que la mirada que teníamos los miembros del grupo sobre la discapacidad al comienzo del trabajo era restringida, y que a pesar de la indagación, sigue siendo un camino de incertidumbres. Fue evidente que, la mayoría de nosotros no habíamos reflexionado previamente a fondo sobre el problema. Esta restricción abarca dos aspectos: el concepto como tal y las implicaciones humanas de la condición de “ser discapacitado”. La limitación sobre el concepto está dada por la recurrencia a definiciones formales y las pocas definiciones personales. Para la mayoría resultaba más fácil hablar de la discapacidad como problema de los demás, pero tocarla como vivencia personal, costó mucho trabajo. Resulta embarazoso hablar en primera persona y reconocer los impactos afectivos personales. Es difícil reconocer que la discapacidad haya sido un problema que nos ha afectado en algún momento de la vida y al hacerlo resultó comprometedor relatar la forma en que lo hizo; hay una tendencia a evadirlo.

Desde la Motricidad Humana consideramos que el problema de la discapacidad es un problema de nuestra *corporeidad*. La corporeidad es mi ser en el mundo. Planeada por primera vez por el filósofo francés Maurice Merleau-Ponty (1945) desde una mirada fenomenológica, comprender nuestra realidad corpórea busca superar la clásica imagen cartesiana que concibe al cuerpo como un “objeto” –la sustancia física sensible; separado de la mente, el “sujeto” –la sustancia pensante, correspondiente al alma; principio que pretendía centrarse en la razón y descarta las sensaciones por no podernos asegurar un saber confiable.(17) Nuestra corporeidad somos nosotros. Para Merleau-Ponty el lugar de la existencia es la experiencia de la percepción, donde sujeto y objeto forman una relación dialéctica de co-implicación; y el conocimiento tiene lugar en la unión mente-cuerpo, en la conciencia corporeizada.(18) La teoría de la Motricidad Humana considera que esta co-implicación surge en la interacción yo-otro-cosmos, como movimiento intencional hacia la *trascendencia*. Al trascender, el ser humano *des-fataliza la historia, rompiendo con todo determinismo y positivismo, que ven en toda acción un orden establecido*.(19) Así, la motricidad busca superar la imagen que tenemos del cuerpo-objeto, para integrarla como cuerpo-sujeto. No tenemos un cuerpo, somos nuestro cuerpo, pero la tradición lo contradice.

La imagen que tenemos de nuestro cuerpo en la cultura occidental, juega un importante papel en la vida social. Como lo demostró Schilder (1950) las personas buscan cuerpos en la sociedad como espejos de sí mismos; esta tendencia a la *identificación somática* es aprovechada por intereses comerciales y medios de comunicación, para imponer determinados modelos de cuerpo. La imagen corporal dominante es estratificada según edad, nivel socioeconómico, raza, religión, etc. (Berman, 2002:41-3)(20) De esta manera las imágenes “perfectas” prefabricadas del cuerpo constituyen patrones ideales –“normales”, que promueven la falsificación corporal a partir de la desvaloración del propio. A pesar de ser semejantes, los humanos somos -y tenemos cuerpos- diferentes, únicos e irrepetibles, por ello somos individuos; pero los estándares mercantiles niegan el derecho a la diferencia y esto hace sufrir y discapacita emocional y socialmente a mucho(a)s que no logran imitar satisfactoriamente la fantasía y los paraísos de moda.(21) La discapacidad es un problema que surge eminentemente de la negación de la diferencia. La sociedad condena a quien no se parece al prototipo de hombre, mujer, niño o anciano. Esa es la base de la discriminación: *rechazar al diferente*. Sentirse discapacitado es reconocerse como inaceptablemente diferente.(22)

La limitación aumenta la sensación básica de estar separados: el cuerpo afectado por una pérdida anatómica o fun-

cional es percibido no solo como incompleto y dependiente; además irrumpe como un cuerpo deformado. La pérdida del control corporal genera diversos grados de dependencia, pero asimismo afecta la imagen que tiene la persona de su cuerpo y su autoestima; lo que repercute en sus relaciones sociales.(23) Esto contribuye poderosamente a la pérdida del sentido vital que determina la condición de discapacitado: no poder actuar ni parecerse a los demás. Para superar esta percepción, creemos que es necesario facilitar procesos que ayuden a la reconstitución del sentido vital y permitan *transcender* la mirada que el individuo tiene de su limitación, haciendo énfasis a sus capacidades y valorando las diferencias. Trascendemos, —dice Sérgio, cuando reconocemos que nuestra vida no puede ser imitación, que es ante todo creación y *humanizarnos* es el primer acto creador, por demás inacabable; por ello, *ninguna realización puede considerarse fin último*.(24)

Este proceso sugiere lo complejo y doloroso que resulta *encarnar* una experiencia limitante. Y mucho más complejo aún, es darle apoyo, orientación y educación al limitado. No es fácil lograr empatía entre terapeuta o educador y limitado. Se dice que la empatía es ponerse en los zapatos del otro; de allí el alto éxito terapéutico de alcohólicos anónimos; haber pasado por una experiencia similar permite al “guía” comprender mejor al afectado. En muchas relaciones terapéuticas y educativas donde no se logra empatía lo que falta es *comprensión* de la situación, no basta el conocimiento teórico y práctico. Para sensibilizarnos necesitamos implicarnos primero desde nuestra propia vida, haber *corporeizado* la situación en la que queremos ayudar. Aunque para la mayoría de nosotros fue difícil y exigente, consideramos que los procesos vivenciales tienen un potencial formativo importante. Quienes actúen como terapeutas o educadores, confronten previamente en su propia vida, procesos que puedan haber sido análogos; de manera similar a quienes practican la psicoterapia, siguen procesos psicoanalíticos para sí mismos. Al fin y al cabo ambos procesos abordan la totalidad del ser.

Cuando se experimentan acontecimientos o situaciones limitantes, las personas atraviesan un proceso de adaptación en el cual tienen que enfrentar diversas circunstancias: la lucha por la supervivencia, pensamientos de muerte, alteración de la imagen corporal, trastornos sensoriales, proceso de duelo ante la alteración de forma y función corporal, búsqueda de significado vital, así como diferentes cambios en sus condiciones económicas, relaciones familiares, vida sexual y vida laboral (Kolh, 1988:71-91).(25) Este proceso implica modificar patrones físicos, emocionales, psicológicos y sociales, al percibir alterada de manera abrupta la condición “normal” o habitual del ser. Una crisis de tal

magnitud es difícil comprenderla fuera de esfera personal de quien la vive.

Para la mayoría de nosotros las experiencias “limitantes” nos llevó a reconocer los sentimientos alienantes que se genera. Se considera que las situaciones son alienantes cuando producen una reducción en la calidad de las relaciones que el individuo ha mantenido con otras personas u objetos, a tal punto que las perturban y de las cuales no pueden salir por sí mismos”. (Stokols citado por Pulton, 1975:115)(26) La frase “estar metida en un nido de anzuelos”, fue en este sentido una metáfora muy descriptiva de tal situación. Entrar en situación limitante es quedar atrapado en una circunstancia que nos hace daño, que nos angustia y constriñe nuestras capacidades. Así la dificultad para “desnudarse” y exponerse públicamente ante dichas situaciones, muestra la gran dificultad de aceptar lo que implica estar en condición de “discapacidad”. ¿Estará ello relacionado con el “estigma” cultural o con la severidad y complejidad de la situación, muchas veces incompletamente resuelta?

En el proceso de discapacidad surgen crisis y conflictos profundos, que son seguidas de búsquedas o experiencias emancipadoras. Al respecto, Wrigth ha planteado que las actitudes verdaderamente positivas se basan en conceptos constructivos sobre la forma de vivir con una discapacidad, que se establecen verdaderamente en la medida en que la persona se expone a ellos mediante enseñanzas *optimistas* y experiencias *directas*. (Wrigth, 1988: 125-136)(27) Esto señala que la de-construcción y resignificación del término discapacidad debe estar atravesada por la de-construcción y resignificación de la experiencia discapacitante, que contribuyan a la toma de conciencia (*insigth*) de lo que significa tal situación, que permita reconfigurar la actitud ante la situación vital. Ante ello empezamos a descubrir que no se trata solo de cambiar un término, de algo meramente semántico, sino de transformar la connotación que este tiene, de darle sentido como parte de la propia realidad personal y así trascenderlo.

Con respecto a la búsqueda de estrategias de resolución del problema, éstas se encaminan principalmente a la introducción de cambios en los estilos de vida de las personas, que abran nuevas posibilidades. Aunque al principio se manifiestan sentimientos emancipadores, percibimos que hay muchas conductas dictadas desde la formalidad por el deber social o profesional, además hay una notoria escasez de sentimientos positivos, que son los que estimulan cambios en las conductas; debemos buscar soluciones pero falta un asidero para encauzarlas y alcanzar verdaderos cambios que nos ayuden a adoptar una visión optimista. En el

fondo lo que falta es encontrar sentido a la vida en condiciones de discapacidad. Allí es donde además del apoyo familiar, social y de rehabilitación resultan imprescindibles los recursos internos de la persona. Por ello, la depresión, las complicaciones derivadas de ella, el suicidio son comunes.(28)

El grado de adaptación y reintegración del invidente es digna de resaltarse. Consuelo, enfrentando una discapacidad ante la cual tuvo suficientes ayudas profesionales, contó además con oportunidades excepcionales y siguió un proceso de reconstrucción de su historia de vida que la ubicó en una situación privilegiada: a pesar de tener una limitación visual, no sólo no es una persona discapacitada, sino que se ha convertido en una persona con capacidades significativamente aventajadas frente a otras personas que creemos no serlo. Los testimonios de los invidentes brindado por Guillermo muestra que muchos han seguido procesos similares. Estas son las historias que nos dicen que discapacidad no es sinónimo de tragedia o fracaso y que al contrario una barrera se puede convertir en una catapulta que transforma la existencia de una persona en realización y ejemplo de vida.

De esta forma vemos como no basta con complejos y sofisticados métodos de calificación y clasificación de la discapacidad. La CIF se presenta como una clasificación que pretende poder describir todos los aspectos del funcionamiento y discapacidad del ser humano relacionados con la salud física, mental y emocional, pero desconoce los trastornos funcionales causados por razones socioeconómicas independientes de la salud. Así, si una persona ve su participación restringida por motivos de raza, religión o nivel socioeconómico, éstas no son incluidas. Si bien este tipo de clasificaciones son instrumentos epidemiológicos y médicos, que reconocen, determinan magnitud y describen el comportamiento global de un problema; emplearlo es un acto discriminatorio (señala al otro como diferente y lo excluye), que en sí mismo no transforman ni mejoran las oportunidades de quienes lo padecen a escala personal. De tal forma, la mera categorización no parece aportar cambios en los prejuicios que la persona involucrada, su familia, los profesionales de salud o la comunidad en general, tienen frente al problema.

Los modelos de discapacidad que siguen la perspectiva ecológica han dado un paso adelante al entenderla como la resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales (ambiente físico, situaciones sociales y recursos). En este sentido, se concibe que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad cuando en la interacción de la persona con el

ambiente hay pocas condiciones que permitan reducir sus limitaciones funcionales (Instituto de Medicina, 1991).(29) Empero, hay que advertir que este modelo fue concebido en sociedades acaudaladas, cuyas necesidades básicas están resueltas y donde existen amplias redes de apoyo social y rehabilitación. Desde nuestra óptica la primera y más importante limitación puede provenir de la persona misma y su entorno; cuando el conjunto de emociones y conductas (actitudes) que asume el sujeto están condicionadas por una mirada negativa de su situación, cualquier barrera será más difícil de superar; en cambio, cuando hay optimismo, fe y voluntad de superación cualquier proceso, por severo prolongado, complejo o exigente, será más fácilmente superado. Esto no excusa la responsabilidad que la sociedad y los estamentos de salud y educación tienen que asumir frente a las necesidades crecientes de personas con limitaciones, ofreciendo y sosteniendo servicios idóneos, oportunos y pertinentes.

Hay quienes que por la conjunción de condiciones positivas o emancipadoras logradas alcanzan el nivel de autonomía y es desde ellas que han partido los modelos ecológicos. Son el máximo ideal a realizar. Sin embargo, muchas personas discapacitadas siguen dependientes y sujetas a estados de alienación. Algunos permanecen atados a interminables manejos de rehabilitación instrumental, dado que no existen circunstancias individuales, sociales o médicas que faciliten la autonomía. Otros, una gran mayoría como lo revelan los estudios epidemiológicos latinoamericanos, estarán sometidos y acogidos a estados de discapacidad donde suelen predominar –y convenir– relaciones compasivas, discriminantes, mágicas e incluso bárbaras. De allí que la discapacidad se maneje desde campañas de beneficencia que promueven la institucionalización de ciertos discapacitados, o que la miseria, en forma de mendigos discapacitados, inundan las calles de nuestras ciudades.

Desde la motricidad humana alcanzamos a vislumbrar que “ser discapacitado” es un estado corpóreo por el que muchos pasamos, a veces inadvertidamente, en diversos momentos de la vida y que según la severidad de los problemas que los originan, las condiciones ambientales donde se desenvuelven y sobre todo, las actitudes que se asumen ante la situación, pueden seguir un camino que va desde la alineación extrema hasta la emancipan plena. Algunos logran transformar su desdicha en expansión de su vida, otros se ven estancados por años, muchos son desbastados y terminan sucumbiendo. Quienes estamos involucrados en los procesos de atención de su salud, rehabilitación o educación, necesitamos hacernos conscientes no sólo de los conocimientos, principios y estrategias fundamentales para abordarlos, sino también necesitamos comprender, desde

nuestras propias vivencias, corporeizando lo que puede significar “estar discapacitado”.

Así, en esta reflexión sólo hemos logrado cambiar las preguntas y aunque han surgido respuestas, estas son del todo insuficientes para contestar a nuestra pregunta inicial. Al cuestionar ¿cuál concepto podría superar la actual idea que tenemos frente a la discapacidad, contribuyendo a dar mejores perspectivas a quienes viven este tipo de condiciones, y ayudando a los que la atendemos profesionalmente a comprenderla en una forma más integral y humana?. Vemos que el problema de concepción es un problema de transformación de la experiencia desde caminos alienantes hacia opciones emancipadoras, que son construidas por los sujetos en su proceso de afrontamiento. Y la pregunta que nos surge es ¿qué y cuáles procesos educativos pueden contribuir a que las personas que viven, acompañan, asesoran o guían problemas y trastornos discapacitantes puedan implicarse en un afrontamiento creativo de la limitación?

### A MANERA DE *INCONCLUSIÓN*

Este trabajo hace parte de un conjunto de indagaciones con las que buscamos opciones que ayuden a transformar la concepción que tenemos de discapacidad. Con él hemos comprendido que el problema de cambiar la concepción de la discapacidad supera la mera idea que tenemos de ella e incluye la afectividad y las conductas implícitas en nuestras experiencias personales. Surgen así, desafíos que generan nuevas responsabilidades en la formación del profesional de la salud y la educación que trabajan con personas que tienen condiciones discapacitantes: además de adquirir una idónea capacitación profesional, es fundamental desarrollar una actitud proactiva y creativa ante la discapacidad desde su propia experiencia corpórea. A pesar de ello reconocemos que ello puede resultar complejo, largo e incómodo y que no todos tendrán igual madurez, disposición y coraje para apropiarlo. Habrá, por tanto, que buscar caminos complementarios.

Usualmente reconocemos en la situación limitante una amenaza, pero no vemos la otra cara de la moneda: tener una limitación es, además, enfrentarse a una valiosa –aunque exigente– oportunidad de crecer. Vivenciar y hacer consciencia de nuestras experiencias convierte cualquier limitación en un asombroso manantial de posibilidades que da sentido y transforman nuestra vida, fortaleciéndonos para apoyar a otros a transformarse y crecer amorosa y creativamente en medio de la adversidad.

### BIBLIOGRAFIA

1. **Amate E.A., Vásquez A. J.**, -editores- (2006) Discapacidad: lo que todos debemos saber. En: Prólogo. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
2. **Amate E. A., Vásquez A. J.**, -editores- (2006) Opus cit.
3. **Van Wijnen A.** (2000) El derecho a vivir y a ser tratado con respeto en este mundo: Las posibilidades del derecho penal. Del libro: EL DERECHO A VIVIR CON DISCAPACIDAD. documento electrónico consultado el 05-07-06 en el sitio: [http://www.disabilityworld.org/01-03\\_03/spanish/gobierno/law.shtml](http://www.disabilityworld.org/01-03_03/spanish/gobierno/law.shtml)
4. **Van Wijnen A.** (2000) Opus cit.
5. **Parlamento Europeo.** (1994) Declaración de la Reunión Plenaria sobre Derechos Humanos del Grupo de Minusválidos del Parlamento Europeo. Octubre de 1994.
6. **OMS.** (2002) Clasificación de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Sitio Web: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
7. **OMS.** (1992-1994) Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, Décima Revisión, Vols. 1-3. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
8. **Salazar C.** (2005) “Desafíos de la Integración Escolar del alumno con Discapacidad Cognitiva” *Una mirada a la persona con discapacidad desde la perspectiva ecológica.* Documento electrónico. Consultado el 20-07-06 en: [http://www.pasoapaso.com.ve/GEMAS/gemas\\_118.htm](http://www.pasoapaso.com.ve/GEMAS/gemas_118.htm)
9. **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, Puerto Rico, Julio-2004
10. **Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Educación.** (2004) Integración de escolares con Deficiencia Cognitiva y autismo. Integración al Aula Regular. Diseño e impresión Giro publicidad. ISBN: 958-96921-5-x 1a. Edición noviembre de 2004, Bogotá, Colombia
11. **Schalock R.L.** (1999) Hacia una nueva concepción de discapacidad. III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad Universidad de Salamanca, España. 18-20 de Marzo de 1999.
12. **Mèlich, Joan-Charles** (1994) Las fases del método fenomenológico. En: del extraño al cómplice, la educación en la vida cotidiana. Rubí (Barcelona):Anthropos, primera reimpression 1997. p. 54-65.
13. **Sérgio M.** (1999) Motricidade humana – uma nova ciência do homem!. Ministerio da educação e cultura,

- direcção-general dos desportos. Antología de textos 24. Lisboa, Portugal.
14. **Sérgio M.** (2006) Comunicación personal a Eugenia Trigo, junio de 2006.
  15. **Sérgio, M, Toro S.** (2004) Aspectos epistemológicos de la Motricidad Humana. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Documento de la Red Internacional de Motricidad Humana.
  16. **Kolyniak, C.** (2005): Prolegómenos para um glossário da Motricidade Humana. *Consentido*. Colômbia: Unicauca, Colección en-acción.
  17. **Merleau-Ponty M.** (1945). *Fenomenología de la percepción*. (T. d. J. Cabanes., Trans. Quinta edición 2000. ed.). Barcelona: Ediciones Península. [Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception* (Vol. 1). Paris: Gallimard.]
  18. **Fernández O.** Características generales de la fenomenología. Documento electrónico consultado el 22-07-06 en <http://www.terra.es/personal/ofernandezg/8b.htm>.
  19. **Sérgio M.** (2006) Comunicación personal a Eugenia Trigo, junio de 2006.
  20. **Schilder P.** (1950) The image and appearance of the human body. New York, International University Press, original 1923. Citado en: Berman, Morris (2002) *Cuerpo y espíritu. La historia oculta de occidente*. Cuatro vientos, Santiago de Chile.
  21. **Bolívar G.** (2006) Sin tetas no hay paraíso. Ed. El tercer nombre. Bogotá.
  22. Análisis elaborado gracias a los aportes reflexivos de la profesora Eugenia Trigo, Agosto de 2006.
  23. **Agamez J.** (1998) Sentido del cuerpo para la persona con discapacidad de la locomoción en la ciudad de Manizales - Posibilidad de cuerpo ser-en-el-mundo” Ponencia presentada en el *Primer encuentro de Fisioterapia*. Manizales, Mayo de 1998.
  24. **Sérgio M.** (2006) Comunicación personal a Eugenia Trigo, junio de 2006.
  25. **Kohl S.** (1988) Factores psicosociales ansiógenos en la adaptación a la incapacidad. En: Krueger, D. (compilador) *Psicología de la Rehabilitación*. Herder. Barcelona.
  26. **Stokols D.** (1975) Toward a psychological theory of alienation. *Psychological Review*, 32:26-44. Citado en: Pulton T.W. (1988) Un estudio psicológico sobre la alineación y la incapacidad. En: Krueger, D. (compilador) *Psicología de la Rehabilitación*. Herder. Barcelona.
  27. **Wright, B.** (1988) Desarrollo de conceptos constructivos de vida a partir de la discapacidad. En: Krueger, D. (compilador) *Psicología de la Rehabilitación*. Herder. Barcelona.
  28. **Oliván, G.** ¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia y el maltrato de los niños con discapacidades? *An Pediatr (Barc)* 2005; 62: 153 – 157
  29. **Institute of Medicine** (1991). *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*. Washington, DC: National Academy Press.