

De la incapacidad a la diversidad funcional: Una mirada a la evolución histórica de los conceptos, significados e implicaciones para la intervención psicológica⁵

Héctor José Velázquez González

Estudiante de Doctorado en Psicología Clínica PhD
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico
Correo electrónico: hectorvelazquez@pucpr.edu

Laura Pietri Gómez

PhD. Psicóloga Clínica, Catedrática del Colegio de Ciencias
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico
Correo electrónico: lpietri@pucpr.edu

Norma Maldonado Santiago

PhD. Psicóloga Clínica, Catedrática Asociada del Colegio de Estudios Graduados
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico
Correo electrónico: nmaldonado@pucpr.edu

Recibido: 04/12/2013
Aceptado: 11/12/2013

Resumen

Objetivo: Se abordará el tema de la diversidad funcional desde los aspectos histórico-filosóficos y de la evolución del concepto. Se presentarán distintos modelos de intervención que contribuyen al proceso de aceptación de la diversidad funcional. Incluye un análisis de conceptos fundamentales de la intervención ante la diversidad humana. **Resultados:** Los conceptos referentes a la diversidad funcional humana atravesaron grandes cambios a través de la historia. Se evidencia un aumento drástico en la población de personas con diversidad funcional. La OMS (2012) estima que 600 millones de personas en el mundo están diagnosticadas con alguna discapacidad, de las cuales un 80% (480 millones) viven en países de recursos económicos limitados. **Conclusiones:** Como profesionales de la conducta humana los psicólogos y las psicólogas tenemos la responsabilidad social de desarrollar modelos de intervención adaptados a nuestra población y cultura. Es imperativo que surja una nueva generación de terapeutas, sensibles hacia las necesidades y la diversidad.

Palabras clave

Diversidad funcional, discapacidad, psicología de la rehabilitación, aceptación de la discapacidad, psicoterapia

5 Para citar este artículo: Velázquez, H.J., Pietri, L., & Maldonado, N. (2013). De la incapacidad a la diversidad funcional: Una mirada a la evolución histórica de los conceptos, significados e implicaciones para la intervención psicológica. *Informes Psicológicos*, 13 (2), 79-101.

From disability to functional diversity: A look at the historical evolution of concepts, meaning and implications for psychological intervention

Abstract

Objective: the issue of functional diversity will be addressed from historic-philosophic aspects and the evolution of the concept. Different models of intervention that contribute to the process of acceptance of functional biodiversity will be presented. It includes an analysis of fundamental concepts of intervention in human diversity. **Results:** human functional diversity concepts went through major changes throughout history. There is evidence of a drastic increase in the population with functional diversity. The OMS (2012) estimates that 600 million people worldwide are diagnosed with a disability, of which 80% (480 million) live in countries with limited economic resources. **Conclusions:** As human behavior professionals, psychologists have the social responsibility to develop models of intervention tailored to our population and culture. It is imperative to have a new generation of therapists that are sensitive to diversity and needs.

Keywords

Functional diversity, disability, rehabilitation psychology, acceptance of disability, psychotherapy

Da incapacidade à diversidade funcional: Uma mirada à evolução histórica dos conceitos, significados e envolvimento para a intervenção psicológica

Resumo

Objetivo: Se abordará o tema da diversidade funcional desde os aspectos histórico-filosóficos e da evolução do conceito. Se apresentarão diferentes modelos de intervenção que contribuem ao processo de aceitação da diversidade funcional. Inclui uma análise de conceitos fundamentais da intervenção ante a diversidade humana. **Resultados:** Os conceitos referentes à diversidade funcional humana atravessaram grandes mudanças através da história. Se evidencia um aumento drástico na população de pessoas com diversidade funcional. A OMS (2012) estima que 600 milhões de pessoas no mundo estão diagnosticadas com alguma incapacidade, das quais um 80% (480 milhões) vivem em países de recursos econômicos limitados. **Conclusões:** Como profissionais da conduta humana os psicólogos e as psicólogas temos a responsabilidade social de desenvolver modelos de intervenção adaptados a nossa população e cultura. É imperativo que surja uma nova geração de terapeutas, sensíveis para as necessidades e a diversidade.

Palavras chave

Diversidade funcional, incapacidade, psicologia da reabilitação, aceitação da incapacidade, psicoterapia

Introducción

Los conceptos referentes a la diversidad funcional humana, han atravesado grandes cambios a través de la historia. En el presente ensayo se abordará el tema de la diversidad funcional desde la perspectiva de aspectos histórico-filosóficos y de la evolución del concepto. De igual forma, se presentarán distintos modelos y enfoques de intervención que contribuyen al proceso de aceptación de la diversidad funcional. Estos integran las áreas de psicología clínica y la psicología de la rehabilitación. De esta manera, se presentará un análisis crítico de la convergencia y divergencia de esta disciplina en contraste con la psicología clínica, en un intento de analizar los modelos referentes a la intervención terapéutica y su adecuación para la intervención con personas con diversidad funcional.

En última instancia, sin restringir su pertinencia, se realizará un análisis crítico de los conceptos fundamentales de la intervención ante la diversidad humana en cuanto a un diagnóstico de condiciones físicas, psicológicas, cognitivas o conductuales. A manera de promover un lenguaje más inclusivo, para propósitos de este escrito se utiliza diversidad funcional haciendo alusión a lo en la literatura los autores tradicionalmente identifican como incapacidad, discapacidad o impedimentos. Sin embargo, donde se haga referencia al término discapacidad es debido a que la fuente de referencia así lo utiliza. Por tanto, en el presente ensayo se discute la diversidad funcional desde las áreas

medulares de fundamentos histórico-filosóficos, psicoterapia y diversidad.

En los últimos años se evidencia un aumento drástico en la población de personas con diversidad funcional. Alrededor del mundo se reportan más de 450 millones de personas con diversidad funcional (Henderson & Bryan, 2004). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) estima que alrededor de 600 millones de personas alrededor del mundo están diagnosticadas con algún tipo de discapacidad, de las cuales un 80% (480 millones), en especial población infantil, viven en países de recursos económicos limitados.

Según el censo de Estados Unidos, se estima que existen más de 56.7 millones de personas que presentan algún diagnóstico de condiciones físicas, emocionales o intelectuales (Brault, 2012). Esto representa un aumento de 2.2 millones de personas diagnosticadas desde el 2005. De la población con diversidad funcional registrada en Estados Unidos, el mayor por ciento (38.3%; 22 millones) tienen condiciones o discapacidad severa y la población que presenta mayor incidencia de discapacidad tienen en los 65 años o más. Del total de personas con diversidad funcional en Estados Unidos, el 13.2% (7 millones) pertenecen al grupo étnico de latinos.

Según el Censo del 2010, en Puerto Rico la población no institucionalizada ascendió a 3,695,636 de personas (población total fue de 3,722,133) (U.S Census Bureau, 2012). De éstas 20 por ciento (726,334 personas) reportaron tener algún tipo de discapacidad. Esto

ubica a Puerto Rico como uno de los territorios de Estados Unidos con mayor tasa de personas con diversidad funcional, mientras que es uno de los territorios con menor tasa de empleabilidad para personas con diversidad funcional en los Estados Unidos. Siendo esto así, existe la necesidad de estudiar los aspectos psicosociales asociados a la diversidad funcional y el impacto de ésta en la persona (subjetividad).

Es pertinente comprender la transformación del concepto diversidad funcional como un constructo social. A continuación se discute la evolución del concepto diversidad funcional y las significaciones que se le atribuyen.

Una mirada al trasfondo histórico-filosófico de la diversidad funcional

Uno de los principales temas en discusión y aún en desarrollo es la clasificación de la discapacidad (Padilla, 2010) y el debate en cuanto a una definición inclusiva como es diversidad funcional (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006). Esto coincide con lo expuesto por Padilla (2010), quien indica que esta clasificación incluye “perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad” (p. 385). Aun así, permea cierta inconsciencia y falta de evidencia científica en el tema de la diversidad funcional (OMS, 2012). Situación que, según la OMS tiene su fundamento en los desacuerdos de las definiciones y la disposición escasa de datos cuantitativos (y cualitativos dada mi experiencia profesional) que describan la

incidencia, distribución y tendencias de la discapacidad.

A través de la historia se evidencian desacuerdos en los intentos por entender la diversidad funcional y las maneras en que la persona “encaja” en el mundo o sociedad (Roosen, 2009). Autores como Padilla (2010) y Rodríguez y Ferreira (2010) afirman que estos desacuerdos existen desde tiempos remotos y que la historia misma es evidencia de las variantes existentes en cuanto a la diversidad funcional.

En la antigüedad se distinguían los aspectos religiosos para describir la diversidad funcional. Se hacía énfasis en la imagen corporal y se devaluaba a las personas que presentaban malformaciones del cuerpo (Clapton & Fitzgerald, 2008; Fullan, 1998). Para el año 8000 A.C. existe evidencia de procesos de trepanación, como método para la curación de enfermedades mentales (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006). Para la época de la pre-iluminación, en la que se destaca la civilización judío-cristiana, la persona que presentaba una discapacidad se concebía como producto de espíritus malignos, del demonio o de un Dios inconforme; por tanto la diversidad funcional era interpretada según las referencias bíblicas (Roosen, 2009). Henderson y Bryan (2004) resaltan que la persona que se consideraba como poseída por un ente maligno era apartada o asesinada. Por su parte, Clapton y Fitzgerald (2008) coinciden con este planteamiento al exponer que las personas con diversidad funcional eran sometidas a rituales de exorcismos y despojos.

Del mismo modo, Padilla (2010) reafirma que en Grecia, para el siglo IV A.C.,

las personas que presentaban “malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses” (p. 392). A pesar de ello, y haciendo un análisis de las creencias de los griegos, aún no se ha llegado a un acuerdo para identificar si el sacrificio constituía un castigo (como alternativa de exclusión social) o un privilegio. Ante este panorama social, en esta época la persona con diversidad funcional era blanco de discrimen, a quienes llamaban imbéciles o indignos de llamarse humanos (Clapton & Fitzgerald, 2008).

Continuando con el análisis de la diversidad funcional en las civilizaciones primitivas, como los fenicios, persas, babilonios, griegos y romanos, se propone el aspecto de la competitividad y la perfección corporal, la cual debía ser la meta principal de todo ser humano (Fullan, 1998). Bajo esta concepción, se aislaban a las personas que presentaban cualquier deformidad, anomalía o algún tipo de discapacidad (Bowers, 2002; Clapton & Fitzgerald, 2008; Fullan, 1998). Padilla (2010) reseña el desarrollo de la “curatela”, adoptado por los romanos, cuya función era institucionalizar a las personas con discapacidad mental o cognoscitiva. La desigualdad hacia las personas con diversidad funcional no tan solo era observable en las leyes o la cotidianeidad, sino también en el arte escrito. Ejemplo de esto se observa a través del escrito de Plutarco quien en *Moral* describió como Osiris e Isis despreciaron a su hijo debido a que presentaba una deformidad (Fullan, 1998).

La historia de la Edad Media refleja la sustitución del médico por la figura del monje, dando paso a que se mantuviera la idea de identificar los trastornos mentales y condiciones físicas como

posesiones demoniacas (Padilla, 2010). La autora añade que en la Inquisición surgió un apoyo mayor a la exterminación de personas con diversidad funcional, a quienes se les señalaba como culpables de plagas y epidemias o se les destinaba a ser el centro de entretenimiento en los circos. Por su parte, los registros de historia en la India, y algunos en Roma, reportan que los niños y las niñas con discapacidad eran sometidos a juicio por parte de los ancianos (símbolos de sabiduría). Éstos, a su vez, los consideraban como incapaces de contribuir a la sociedad, por lo cual el dictamen era que estos niños y niñas fuesen abandonados en los ríos Ganges o Tibes hasta morir (Fullan, 1998; Ledesma, 2008).

Históricamente se concibe la visión de la diversidad funcional como un aspecto negativo de la persona. Sin embargo, y en contraparte con lo expuesto anteriormente, Henderson y Bryan (2004) describen una perspectiva distinta de la visión de la diversidad funcional. Los autores exponen que en África, tribus primitivas como los Chagg, tenían tendencias de considerar a las personas con diversidades funcionales como poderosas y especiales, lo cual les permitía alejar a los malos espíritus. De igual forma, estos autores indican que en Francia se consideraban a las personas ciegas como privilegiadas. Mientras tanto, en el Mediterráneo y Asia se comenzaban a promover los derechos de igualdad hacia las personas con discapacidad. Aún con las diferencias señaladas históricamente en las sociedades, existe una creciente preocupación por el bienestar y el mejoramiento de las condiciones de vida de una persona con diversidad funcional (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006).

La diversidad en la intervención con personas con diversidad funcional

En el intento por describir, entender y predecir la manera en la que una persona con diversidad funcional se relaciona consigo mismo y su contexto social, se han realizado múltiples investigaciones académicas enfocadas esta población (Ferreira, 2008; Garzón, 2007; Ledesma, 2008; Williams & Happé, 2009). Más allá de la consideración de una limitación, la diversidad funcional radica en que cada persona funciona de una manera distinta ante los factores psicosociales (Brault, 2012). De modo que, la existencia o no de la diversidad funcional está en función de que la persona se considere como tal (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006), así como del sistema de salud, la concepción de la enfermedad y los sistemas sociales y culturales (López, 2000).

Los acercamientos o respuestas a la diversidad funcional se han modificado desde la década de 1970, principalmente por movimientos creados por personas con diversidad funcional y la concepción de ésta como cuestión de derechos humanos (OMS, 2012). Tanto así que la evolución de la sociedad ha tomado iniciativas de promover normas que favorezcan la inclusión de los colectivos que se encuentren en riesgo de exclusión social (Novo, Muñoz y Calvo, 2011). A tono con la evolución de los aspectos relacionados a la diversidad funcional, y de acuerdo a la clasificación de la discapacidad establecida por la Organización Mundial de la Salud, Padilla (2010) indica que:

La discapacidad no puede ocurrir a una minoría de personas, sino que es producto del declive o dificultades en la salud de cualquier persona...; es un fenómeno universal, más que particular... nos pone frente a un modelo dimensional que va desde la no discapacidad hasta la total incapacidad. (p. 386).

Describir la diversidad funcional como un concepto universal pudiera señalar a la sociedad como responsable de promover la discriminación y falta de sensibilización hacia las personas con diversidad funcional (Landauro, 2006). Con esta conceptualización se ha minimizado la autogestión, la integración e igualdad de oportunidades. Dada la existencia de eventos discriminatorios y de estigmatización, varios autores explican la diversidad funcional como una “construcción social impuesta”, planteando a estas personas como oprimidas (Ledesma, 2008; Rodríguez y Ferreira, 2010; Verdugo, 2003). Sin embargo, desde los modelos constructivistas de la diversidad funcional se manifiesta una significación de la discapacidad poniendo como base las actitudes, prácticas y estructuras institucionales. Ello pone de manifiesto una mirada abarcadora, inclusiva y sensible a la diversidad funcional.

Aún con una visión de la discapacidad como un fenómeno universal, las personas con diversidad funcional parecerían ser excluidas de la sociedad en los empleos, falta de servicios educativos adecuados, integración en actividades sociales, entre otros, lo cual pudiera promover tratos desiguales e irrespetuosos (Padilla, 2010; UNESCAP, 2005). La discusión del tema de la diversidad funcional no puede menospreciar el rol que juega

la construcción del autoconcepto basado en las experiencias de vida (Chan, Ber-ven, & Thomas, 2004; Dell'Anno, 1998; Grooms & Linkowski, 2007). El desarrollo del autoconcepto está influenciado por la interrelación con la sociedad y los significados que se van atribuyendo a las experiencias de la vida. De esta relación social se ven manifestadas las respuestas sociales ante la diversidad funcional, las cuáles pueden incluir, pero no limitarse a miedo, estigma social o pena. Asimismo, de esa relación social pudiera construirse la identidad de la persona con diversidad funcional.

Los modelos sociales de la diversidad funcional y la elaboración de teorías bajo este enfoque, surgen con la necesidad de tomar en consideración la vida independiente y los derechos civiles de las personas con diversidad funcional (Verdugo, 2003). El autor añade que “la preocupación primordial de esta perspectiva es que la dependencia no emerge de la incapacidad intrínseca sino preferentemente del modo en que las necesidades de las personas son satisfechas” (p.3). Verdugo sostiene que este modelo, a su vez, presenta un sub-modelo de grupos minoritarios y que la discriminación institucional y el prejuicio parecen tener grandes influencias en la construcción o moldeamiento de la diversidad funcional. Con ello se expone que, las fronteras o barreras socioculturales, la devaluación de la persona con diversidad funcional y los prejuicios hacia este grupo, pueden ser afrontados desde una perspectiva de acción colectiva que propicie la autoayuda. Ello en contraparte a lo expuesto por Padilla (2010), quien explica que el modelo médico parece significar la diversidad funcional como “un problema directamente de la persona causado por

una enfermedad, trauma o condición de salud” (p. 402).

En el campo de la diversidad social permanece evidente el debate del impacto de una diversidad funcional en la identidad, abriendo espacio a dicotomías ante el uso de la identidad en diferentes contextos. En torno a la diversidad funcional, un aspecto que toma importancia en los procesos identitarios es el uso del discurso (Garzón, 2007). Anormal, cojo, desviado, retrasado, minusválido, loco, deficiente, lisiado, entre otros, son adjetivos que frecuentemente se utilizan para referirse a las personas con diversidad funcional. Pretender comprender los comportamientos sociales queda sin sentido si se obvia el uso del lenguaje.

Para Saussure (2006) a través del lenguaje se diseña un mapa para clasificar las cosas de acuerdo a los significados y significantes. Tomando ello como base, el concepto discapacidad, en su esencia última, apunta hacia un significado de devaluación, desvinculando una capacidad de una oportunidad (Garzón, 2007). Entonces ese significado se relaciona con un contexto social de exclusión, haciendo perceptibles las diferencias entre las personas y coartando las condiciones de la persona. La autora reitera que el término discapacidad “requiere... una descentración de la tradicional concepción instrumental que se le ha venido atribuyendo y de ahí su ausencia de significado” (p. 87).

En sentido de la atribución de significado, la palabra que comúnmente se utiliza para referirse a personas con diversidad funcional (discapacitados), ejerce una función de exclusión. Siendo así, es imperativo discutir que la identidad se ha estudiado basado mayormente en

establecer diferencias, mas no para identificar la perspectiva personal de la diversidad funcional (Garzón, 2007). Básicamente, según la autora:

La identidad como posicionalidad relacional, también puede abrir a la temporalidad y a las condiciones contingentes que marcan las prácticas sociales para asir su sentido a la sociedad, no desde sus cualidades físicas o mentales, sino desde una intersección hombre/mujer-mundo/entorno, que es la forma como representa personal y socialmente la discapacidad. (p.88).

Frecuentemente se realizan juicios con relación a las personas con diversidad funcional con base en aspectos concretos, como lo es la disponibilidad de un elevador. No obstante, se excluye, con frecuencia, del análisis el dar una mirada a la discriminación laboral, educativa, de vivienda y hasta considerar la exclusión de las personas con diversidad funcional en aspectos de relaciones interpersonales (Muyor, 2011). Entonces las construcciones sociales y de interrelación hacia las personas con diversidad funcional desencadenan el desarrollo de prejuicios y estereotipos que propician comportamientos discriminatorios.

Tomando de base lo discutido por Muyor (2011) es pertinente establecer un significado a la construcción de los prejuicios, estereotipos y discrimen. Para Garrido y Azpilicueta (2011) el prejuicio supone que una persona tenga un pensamiento, que a su vez provoca una actitud generalmente negativa, hacia otra persona o grupo de personas. Esto a su vez provoca que se generen estereotipos, entendiéndose como la imagen mental,

de cierto modo simplista, de que esa persona o grupo de personas tiene ciertas cualidades específicas. Esas creencias, a su vez, pueden ser compartidas socialmente, lo que puede conformar la conducta de personas o grupos consistente en marginar o excluir a las personas de otro grupo debido a los prejuicios, lo que constituye discriminación. Como resultado de ello, históricamente se les atribuyen a las personas con diversidad funcional características que perjudican su reconocimiento como miembros de la sociedad y con frecuencia se le condiciona los contextos de igualdad social.

Al asumir estas posturas se lacera la dignidad de la persona y la autonomía. La autonomía para una persona con diversidad funcional, según Muyor (2011), no tan sólo se basa en independencia económica, de vivienda o realizar las tareas por sí solos, sino que implica un sentido de igualdad, de justicia social, de ofrecer la oportunidad de tomar decisiones y de proveer participación plena en el diario vivir. Esto concuerda con lo que postula el Acta para Americanos con Discapacidad (ADA, 1990): “La meta adecuada de la nación con relación a las personas con discapacidad es el asegurar la igualdad de oportunidades, participación plena, vida independiente y autosuficiencia económica para estos individuos” (p. 5). Ante esto, el código de ética de la Asociación de Psicología de Puerto Rico establece claramente que el profesional de la psicología se posicionará con sensibilidad hacia el respeto por las diferencias y el respeto a la dignidad humana.

Lo antes expuesto pudiera ser explicado a través de la problematización para entender lo que se considera normal (Rosato et. al., 2008). Destacan los autores,

que concebir la diversidad funcional a raíz de la conceptualización de la “norma” pudiera circunscribir a modos austeros y singulares de abordar la diversidad funcional. Sin embargo, Rosato et al. (2009) indican que aunque socialmente construimos realidades a base de lo que dicta la norma, ésta pudiera ser tan exigente que con dificultad una persona pudiera cumplir con las exigencias ya que se opera desde la complejidad de asignar significados e interpretaciones. Por tanto, la normalidad se desvincula de una realidad única y se transforma en una interpretación de ideología (ideología de la normalidad), que reconoce a las personas con diversidad funcional como un grupo social. Ello reivindica y reconoce la diferencia (diversidad), más no la deficiencia. Del mismo modo, Soto (2011) valida el reconocimiento de la diferenciación y desvanecimiento de la normalidad.

Soto (2011) fehaciente expone que una sociedad se construye en la medida en que encuentra la existencia de seres o instituciones, las cuales pueden ser catalogadas como superiores, inferiores o equivalentes. En la misma línea, Castoriadis (1997) señala por una parte que la primera categoría como “un suicidio real” razonando que al atribuir superioridad al otro, no hay razón de existencia del inferior. Por otra parte, añade que la equivalencia es imperceptible o inexistente y la que más prevalece es la inferioridad.

La significación de la diversidad funcional se transformó a través de la historia. De igual forma, los modelos de intervención dirigidos a comprender la diversidad funcional presentan cambios que se condicionaron a las distintas maneras en las que se significa la diversidad funcional.

Psicoterapia y modelos de intervención: De los modelos tradicionales hacia la psicología de la rehabilitación

Así como la diversidad funcional atraviesa cambios a través del tiempo, no ha sido distinto para el desarrollo de la disciplina de la psicología. Las condiciones en las que se desarrolló la disciplina no son diferentes ante otras disciplinas del saber, y más cuando se intenta incluir la base científica (Vezzetti, 2007).

Desde la antigüedad la diversidad funcional se conceptualizó a base de modelos que respondían a diversos momentos históricos y contextos socio-culturales (Rodríguez & Ferreira, 2010; Roosen, 2009). El Modelo Moral o Religioso, por ejemplo, plantea la diversidad funcional como producto de embrujos o posesiones demoniacas. El Modelo Médico Rehabilitador los identifica como personas portadores de defectos médicos que tienen cura. También se catalogan como un grupo social oprimido (Modelo Social). En la actualidad, el Modelo Médico Rehabilitador se utiliza con mayor énfasis para conceptualizar la diversidad funcional. El Modelo Moral o Religioso parece haber desaparecido y el Social se concibe como un intento de superar el modelo predominante (Rodríguez & Ferreira, 2010). Esto sienta las bases para que los enfoques de intervención evolucionen a través del tiempo.

A tenor con ello, la diversidad funcional supone cierta heterogeneidad, desde

la interacción de la persona, física o psicológicamente y el contexto social donde se inserta (Padilla, 2010). Ante esto, en la actualidad se promueve la inclusión de las personas con diversidad funcional a la comunidad y en la educación (OMS, 2012). Según la OMS, la inclusión es eje fundamental para una apertura en los modelos médicos a modo de dar paso a intervenciones dinámicas e interactivas con la persona y una mirada a los orígenes de la diversidad funcional desde los componentes físicos, factores psicológicos y ambientales. De esta manera, se hace énfasis en mirar la diversidad funcional fuera de un modelo médico, incorporando la dimensión psicosocial (Padilla, 2010).

La disciplina de la psicología clínica promueve, como una alternativa de tratamiento, la psicoterapia. Ésta se fundamenta en principios de intervención profesional cuyo propósito último es aliviar la angustia psicológica, los trastornos conductuales y problemáticas de índole social (Ford & Urban, 1998). Por su parte Bergin y Garfield (1994) describen la psicoterapia como un servicio de índole profesional que se basa en una relación contractual con el cliente-profesional, cuya meta es solucionar conflictos psicológicos. Es desde esta perspectiva que se debe partir para realizar una mirada crítica al proceso de psicoterapia con relación a la diversidad funcional. En Puerto Rico, la psicoterapia se describe como “un proceso psicológico sistemático que, como parte de una relación interpersonal, proporciona fines terapéuticos que benefician a la persona que solicita ayuda” (Bernal & Martínez, 2005, p.3).

Desde el Modelo Moral/Religioso, la diversidad funcional se representa por la ideología de que Dios ha elegido a la persona para sostener una carga o fue castigada por sus pecados (Roosen, 2009). En una intervención psicoterapéutica, esta consideración puede ser obsoleta o interpretada fuera de contexto, añade Shakespeare (2008). Roosen (2009) expone que bajo este modelo la diversidad funcional se traduce a una tragedia personal de sufrimiento, por lo que no se llega a una plena comprensión del porqué de su situación de vida particular. Este esquema cognitivo de entendimiento de la diversidad funcional pudiera lacerar la relación de alianza terapéutica si se traduce a contratransferencias negativas. El percibir a una persona con diversidad funcional con una visión de tragedia, pudiera provocar en el terapeuta y la terapeuta sentimientos de pena o compasión, lo cual pudiera alienar a la persona que recibe los servicios psicoterapéuticos (Shakespeare, 2008). Sin embargo, la consideración de aspectos espirituales en el proceso terapéutico puede brindarle a la persona empoderamiento, una visión de integración social y destrezas para manejar el dolor físico y psicológico (Pakenham, 2008; Yohannes, Koenig, Baldwin, & Connolly, 2008).

Como se mencionó anteriormente, el Modelo Médico es el más aceptado para entender la diversidad funcional. Este modelo surge para la época del 1800, que marca la Revolución Industrial y la era de la iluminación (Roosen, 2009). Según la autora, la concepción principal bajo este modelo es una mirada a la persona como portadora de un defecto, disfunción o error en el aspecto médico o los procesos psicológicos que tienen causas multifactoriales: ambiente,

genética o estilo de vida. Padilla (2010) añade que la persona requiere una intervención médica (farmacológica o quirúrgica), para lograr un mayor funcionamiento o cura. Aunque el modelo ha producido estigmatización, sus fundamentos giran en torno a que la persona pueda lograr la adaptación ante exigencias y demandas sociales.

Bajo los fundamentos del Modelo Médico el mensaje subyacente en la intervención psicoterapéutica pudiera ser que la diversidad funcional es un “error” y que existe diferencia significativa en tener o no una condición que permita que la mujer u hombre funcione de una manera distinta a lo usual. La visión de la persona como distinta a los que poseen “plena salud”, pudiera propiciar el surgimiento de una barrera en la empatía y la relación terapéutica (Roosen, 2009). Por tanto, coloca al terapeuta como el experto en el espacio terapéutico, distanciando la participación de la persona con diversidad funcional.

Las teorías psicodinámicas, por ejemplo, están fundamentadas en los impulsos inconscientes del individuo que lo mueven a actuar con relación al medio ambiente. Para Freud (1920), las personas con diversidad funcional no eran las idóneas para recibir tratamiento psicoanalítico. La razón por la cual Freud explica este racional se circunscribió a que la pérdida de habilidades en una persona con diversidad funcional provocaba una retirada del líbido en la estructura del ego y una interferencia en la relación con los objetos. Estas teorías, según Juárez, Holguin y Salamanca (2006) no prosperaron en el campo de la psicología de la rehabilitación. Esto porque los terapeutas entendían que las situaciones

de las personas con diversidad funcional podían ser corregidas con mecanismos biomédicos.

Aún con las críticas que ha recibido el Modelo Médico, y siendo el más reconocido, es importante indicar que pudiera surtir efectos en el manejo del dolor. Rossen (2009) expone que una persona con diversidad funcional puede presentar múltiples diagnósticos incluyendo condiciones médicas. Pakenham (2008) indica que el dolor reduce la calidad de vida de la persona y produce malestar psicológico, por lo que el manejo del dolor pudiera promover empoderamiento y mejor estado de salud emocional.

Un tercer movimiento surgió para objetar los fundamentos del modelo anterior: el Modelo Social. Es un movimiento que surge para los años 1960 (Roosen, 2009). Bajo esta nueva óptica de entendimiento de la diversidad funcional, se fomenta el fundamento de que la diversidad funcional constituye una problemática social, más allá de una situación personal. Se posiciona a la mujer y al hombre con diversidad funcional como parte de un grupo minoritario que pudiera ser eje de discriminación. Aunque este modelo intenta la inclusión de las personas con diversidad funcional, Roosen indica que en psicoterapia la intervención se pudiera limitar a mirar a la persona como oprimida y desencadenar aislamiento social.

A partir del año 2005 se introduce el término diversidad funcional (Palacios & Romañach, 2007; Romañach & Lobato, 2005) que es una extensión de un Modelo Humanista centrado en la persona. Este modelo intenta eliminar la concepción dualista de las personas:

discapacitadas versus no discapacitadas (Patson, 2007). Según Roosen (2009) bajo el Modelo Humanista se concibe a la persona en un continuo de funcionalidad, lo que disminuye la estigmatización y promueve una visión de valía e igualdad para las personas con diversidad funcional. Bajo este modelo la diversidad funcional es parte de la condición humana y cada persona es diversa funcionalmente.

De acuerdo a Falvo (2005) y Henderson y Bryan (2004) las actitudes individuales como las sociales (los estereotipos, prejuicios, discriminación, diferencias de género, entre otros) repercuten positiva o negativamente en la relación entre el comportamiento de la persona con diversidad funcional y su entorno social, lo que a su vez influye en el desarrollo de la persona (Wright, 1983). Para ello Swain y French (2000) discuten el Modelo de Afirmación de la Diversidad Funcional como un conjunto de técnicas que le permite guiar al terapeuta en intervenciones con personas con diversidad funcional.

El Modelo de Afirmación opera bajo el fundamento de que la intervención psicoterapéutica no debe sobreestimar o subestimar la diversidad funcional de la persona (Roosen, 2009). El psicólogo o la psicóloga debe tomar en consideración cuatro áreas de importancia: (a) comprensión de los modelos de diversidad funcional; (b) comprensión de la influencia de la diversidad funcional en el desarrollo de la persona; (c) comprensión y desarrollo de una visión positiva de la diversidad funcional; y (d) Comprensión del impacto psicológico y social de la diversidad funcional (Olkin, 2001). Se hace énfasis a la visión y entendimiento del propio modelo de diversidad funcional que

tiene la persona, por lo que se entiende que forma parte integral de la identidad de ésta. Olkin (2001) añade que la afirmación de la diversidad funcional puede ser una herramienta para que el terapeuta o la terapeuta manifiesta aceptación y promueve la participación activa de la persona en la psicoterapia. Asimismo, reconoce en ésta su visión o definición de la diversidad funcional en comparación con el resto de su persona. Desde esta mirada, el terapeuta o la terapeuta realiza un auto análisis para examinar la noción que tiene de la diversidad funcional. A su vez, promueve la capacidad de la persona con diversidad funcional para alcanzar su máximo potencial de funcionamiento sin importar el alcance de éste y pone énfasis en la habilidad de elegir. Además, reconoce la existencia de factores culturales, políticos y sociales que conforman la vida de la persona con diversidad funcional.

Aun cuando el Modelo de Afirmación promueve una mayor integración y el reconocimiento de la persona, autores como Reeve (2002) y Goodley y Lawthom (2005) exponen las limitaciones del modelo. Los autores afirman la falta de evidencia empírica para evaluar la percepción de las personas con diversidad funcional con relación a la efectividad de este modelo en psicoterapia. Advierten, además, en las repercusiones que pudiera tener la promoción de un modelo de intervención exclusivo para personas con diversidad funcional y el riesgo de un mayor distanciamiento y exclusión social.

Los modelos hasta aquí reseñados fueron elaborados específicamente como acercamientos a la diversidad funcional. Sin embargo, modelos existentes se han adaptado para comprender el

fenómeno de la diversidad funcional y desarrollar intervenciones psicoterapéuticas. Uno de los modelos que se adaptó para las intervenciones con personas con diversidad funcional fue el condicionamiento clásico y operante. Dunn y Elliot (2009) indican que los estudios utilizando técnicas de condicionamiento clásico y operante abordan síntomas de dolor crónico, respuestas motoras y reflejas en personas diagnosticadas con condiciones médicas. Esto pudiera implicar que las técnicas de la psicología conductista aplicadas a la diversidad funcional se enfocan en modificar el comportamiento, de manera que las emociones toman un segundo lugar en la intervención.

Desde la psicología social se desarrolló un modelo fundamentado en identificar la dependencia de una persona con diversidad funcional basado en la satisfacción de las necesidades de la persona y no únicamente por la discapacidad. Partiendo de este modelo Olkin (2001) presenta diversas intervenciones sistemáticas integradas a las técnicas psicoterapéuticas tradicionales. El propósito del trabajo de Olkin fue promover el uso de técnicas de intervención de la psicología positiva, capacitar a las personas con diversidad funcional para que establezcan redes de apoyo y poner énfasis en las capacidades, habilidades y valores de las personas.

Adicional a la intervención individual de la persona con diversidad funcional, es pertinente examinar los estresores que pudieran interferir en el funcionamiento familiar. Esto considerando que una de cada 26 familias en los Estados Unidos tiene algún miembro diagnosticado con una condición (Brandt, 2008). Ante esto, Minuchin (1974) concibe a la familia como

un sistema en el que un evento afecta a todos los miembros y sus sistemas interrelacionales. Por tanto, existen modelos de intervención dirigidos a manejar las emociones, experiencias y actitudes de los miembros de la familia, cuando uno de ellos presenta diversidad funcional (Brandt). Estos modelos multifactoriales de intervención familiar hacen énfasis en la edad, género, tamaño de la familia y severidad de la condición diagnosticada para realizar intervenciones dirigidas a manejar el ajuste de la persona con el diagnóstico y de los demás miembros de la familia. Asimismo, el estatus socioeconómico y las actitudes de los padres son dos elementos pertinentes para la intervención.

La literatura menciona otros dos modelos de intervención: el modelo de estresores-destrezas de manejo y el modelo de bienestar. En el primer modelo se intenta descubrir las maneras positivas y los efectos benéficos de tener un miembro de la familia con diversidad funcional, mientras que el segundo modelo intenta resaltar la resiliencia y fortalezas de la familia como factores que contribuyen a la adaptación a los cambios diarios. (Brandt, 2008)

En Puerto Rico, el abordaje que se considera hacia la diversidad funcional, por un lado tiene bases en el modelo médico y por otro lado en intervenciones dirigidas al manejo de psicopatologías (Bernal & Martínez, 2005). Los modelos presentados pretenden abordar la diversidad funcional desde una mirada mayormente individualista con algún acercamiento familiar y social. No obstante, el abordaje a la diversidad funcional pareciera ser segmentado y limitado.

Psicología de la rehabilitación: Una propuesta hacia una intervención integradora de la diversidad funcional en Puerto Rico

A finales de la Primera Guerra Mundial, comenzó un movimiento de profesionales de la salud en los Estados Unidos para el suministro de prótesis a personas mutiladas en la guerra, lo que introdujo el concepto de rehabilitación (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006). A finales de la Segunda Guerra Mundial se reconoce la rehabilitación como responsabilidad social de distintos profesionales y se incluye la intervención del psicólogo o la psicóloga como parte integral de los profesionales de la rehabilitación. Con ello, la psicología de la rehabilitación comienza a desarrollarse como materia académica entre las décadas del 1950 y 1960.

Hoy en día la psicología de la rehabilitación forma parte de las ciencias de la salud (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006) y se considera un área de especialidad dentro de la psicología (APA, 2013). La Asociación Americana de Psicología define psicología de la rehabilitación como:

...el estudio y aplicación de los principios psicológicos en beneficio de la persona con una discapacidad física, sensorial, cognitiva, del desarrollo o emocional. Las personas con discapacidad, incluyendo aquéllas con pérdida del funcionamiento como consecuencia de

enfermedades crónicas, pudieran enfrentar barreras personales, sociales o situacionales para satisfacer saludablemente sus necesidades... A través de las intervenciones clínicas, investigación e intercesoría, los psicólogos en rehabilitación buscan mejorar la salud y funcionamiento y ampliar las oportunidades disponibles para las personas con discapacidad (sección Rehabilitation Psychology, APA, 2013).

Con el advenimiento de la psicología de la rehabilitación se hizo necesario esfuerzos para desarrollar métodos de intervención psicoterapéuticos. Por ejemplo, la somatopsicología (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006) establece las bases para la igualdad psicológica entre personas con diversidad funcional y personas típicas. Este enfoque perseguía, en principio, diferenciar los acercamientos psicológicos y sus consecuencias en las personas con diversidad funcional. Aunque no gozó de prestigio, pues no era una psicología pensada para la rehabilitación, promovió a su vez que se consideraran las intervenciones multidisciplinarias.

En los comienzos de la psicología de la rehabilitación se entendía que las intervenciones terapéuticas eran fundamentales para comprender los procesos psicológicos internos y que este entendimiento haría pertinente el proceso de rehabilitación (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006). No obstante, el rol que asumían los profesionales de la disciplina estaba limitado a orientación vocacional y a evaluaciones psicológicas para medir el componente de inteligencia, situando a la psicología como herramienta auxiliar y atribuyendo el rol principal de la rehabilitación en la disciplina de la psiquiatría.

Esto pudiera estar asociado a la lucha de la disciplina de la psicología para ser considerada como un campo reconocido y aceptado.

En la actualidad los psicólogos y las psicólogas de la rehabilitación ofrecen servicios en ambientes médico/clínicos rehabilitativos a personas con una variedad de diagnósticos (diversidad funcional). Entre los diagnósticos se encuentran condiciones crónicas, heridas causantes de traumatismos, lesiones cerebrales traumáticas y ortopédicas, VIH, esclerosis múltiple, entre otras tantas. Estas intervenciones se realizan en clínicas públicas, privadas o en organizaciones sin fines de lucro. La intervención debe realizarse en equipos multidisciplinarios (terapeutas ocupacionales, psiquiatras, patólogos del habla, terapeutas físicos, médicos, enfermeras). De acuerdo a las metas u objetivos del plan de intervención, el psicólogo o la psicóloga de la rehabilitación selecciona sus métodos para dicha intervención (Stasser, Uomoto, & Smits, 2008).

Uno de los aspectos fundamentales de la intervención desde la psicología de la rehabilitación es la estigmatización social hacia las personas con diversidad funcional y el multiculturalismo. Una intervención psicológico-rehabilitativa debe considerar las limitaciones impuestas por factores geográficos, factores socioeconómicos y barreras arquitectónicas (Hmaier & Hansen, 2011). La psicología de la rehabilitación provee el espacio para el desarrollo profesional basado en competencias adicionales a las adquiridas en la formación académica. Las áreas de adiestramiento para un psicólogo y psicóloga de la rehabilitación, incluyen, pero no se limitan a: avalúo, intervención, consultoría y protección del cliente. En el avalúo

el psicólogo y la psicóloga examina el ajuste del cliente y de su familia a la diversidad funcional, así como la naturaleza de ésta y el residual funcional. Las capacidades vocacionales y educativas, los rasgos de personalidad y emocionales también son evaluados. En los ambientes clínicos de hospitalización, es el profesional de la psicología de la rehabilitación quien típicamente es designado para llevar a cabo los avalúos de cernimiento inicial para identificar las diferencias situacionales o categóricas de la sintomatología psicológica enmarcada en la diversidad funcional (Hmaier & Hansen, 2011).

La intervención se realiza a nivel individual y familiar para lograr el ajuste, manejo del comportamiento y ofrecer psicoeducación sexual. Esto con el propósito de desarrollar destrezas de afrontamiento, aceptación y adaptación a la diversidad funcional, así como para propiciar el entendimiento de los efectos de la diversidad funcional (Hmaier & Hansen, 2011). Ofrecen, además, consultoría en cuanto a funcionamiento cognoscitivo, consideraciones vocacionales y educativas y el uso de sustancias químicas. Promueven la protección del cliente apoyando legislaciones y manteniendo altos estándares éticos de la profesión. La consultoría está dirigida a brindar información del comportamiento de la persona con diversidad funcional. Está enfocada en orientar acerca de la adherencia al tratamiento psicológico, entendimiento de conductas atípicas, identificación de potencial vocacional, motivación y consultoría a la familia (Hmaier & Hansen, 2011).

La psicología de la rehabilitación fue evolucionando hasta ir acomodándose a las necesidades de las personas con diversidad funcional. Para las décadas

entre 1960 y 1980, se instituyeron mecanismos de intervención para las personas con diversidad funcional, entre los que se pueden mencionar el “playtest”, tratamientos a dificultades perceptuales, rehabilitación de problemas motores, intervenciones en dificultades del lenguaje y programas de rehabilitación cardiovascular (Juárez, Holguín, & Salamanca, 2006). Una de las exponentes principales dentro del campo de la psicología de la rehabilitación lo es Beatrice Wright, a quien es considerada la precursora de la psicología de la rehabilitación. Wright desarrolló una teoría que intenta explicar las etapas del proceso de aceptación de la diversidad funcional, la cual fue sustentada por Linkowski (Grooms & Linkowski, 2007). Según la autora, los aspectos médicos y los psicológicos son fundamentales para entender el proceso de aceptación de la diversidad funcional. La aceptación o adaptación es un proceso complejo en el que una persona con diversidad funcional atraviesa por cambios y complicaciones asociadas a su condición y busca estrategias de manejo que le brinden calidad de vida. Los preceptos de la teoría están basados en la intervención dirigida al entendimiento de las respuestas de la persona ante un diagnóstico. Este modelo de intervención tiene sus bases en principios cognoscitivos, haciendo énfasis en la aceptación de la pérdida de funciones. Según Wright (1983) las reacciones de la persona con diversidad funcional, sean positivas o negativas, están influenciadas por el medio ambiente en el que se desarrolla, así como por los valores que la persona posea.

Bajo el enfoque propuesto por Wright (1983) la intervención desde la psicología de la rehabilitación estaría dirigida a lograr una re-estructuración de esquemas

cognoscitivos. A través del proceso terapéutico se desarrollan los esquemas de pensamientos positivos ante la diversidad funcional y la redefinición de la realidad de vida. Esta reestructuración supone cuatro etapas o fases fundamentales: (a) ampliación de alcance de valores; (b) subordinación de lo físico; (c) contención de los efectos de la discapacidad y; (d) transformación de valores comparativos a valores positivos (Berglund, Mattiasson, & Nordstrom, 2003; Wright, 1983).

Ante la aplicación de valores, se propone que la persona con diversidad funcional acoja y promueva valores que no estén en conflicto con su realidad de vida, lo que implica el desarrollo de estrategias para lograr una acomodación satisfactoria al medio ambiente (Grooms & Linkowski, 2007). Posterior a esa acogida de valores, se promueve entonces la subordinación de lo físico, propiciando que la persona no ponga énfasis en el cuerpo como un símbolo único de valoración (autoestima), en el deseo en el bienestar físico o competitividad (Wright, 1983). Una vez logrado lo anterior, el foco del tratamiento se encamina hacia la contención de los efectos de la diversidad funcional. Se debe dirigir a la persona con diversidad funcional a asumir su realidad de vida, evitando efectos negativos de las limitaciones que pudiera causarle su realidad. Según Grooms y Linkowski (2007) la persona con diversidad funcional fijará su atención hacia las habilidades y pondrá énfasis en su capacidad para realizar las actividades del diario vivir de una manera distinta. El último paso bajo este modelo de intervención consiste en propiciar el espacio para que la persona con diversidad funcional evite las comparaciones de sí

mismo con personas que no están diagnosticadas con alguna discapacidad y que preste más atención a sus ventajas.

El proceso de aceptación de la diversidad funcional pareciera presentar dos opciones de afrontamiento: el estancamiento o el crecimiento (Ballenato, 2007). Desde la psicología de la diversidad funcional, es imperativo prestar atención a signos y síntomas característicos de cuadros clínicos significativos, como la ansiedad, depresión, dependencia, aislamiento, episodios de agresividad, marcados sentimientos de inferioridad, patrones cognitivos de rechazo y sentimientos de culpabilidad. Ballenato propone que como parte de la intervención psicoterapéutica se le provea a la persona información precisa de su diagnóstico, así como una prognosis realista de la evolución de su situación particular. Esto incluye que la persona con diversidad funcional debe tener conocimientos de los posibles ajustes a realizar para facilitar su funcionamiento óptimo.

Desde la psicología de la rehabilitación, es fundamental la intervención en tres aspectos esenciales de la persona: el autoconcepto, la imagen corporal y la aceptación de la diversidad funcional. El desarrollo del autoconcepto es un proceso integral de toda persona y consiste en el conjunto de características (físicas, intelectuales, afectivas, sociales, y otras) que conforman la imagen que una persona tiene de sí misma (Polo & López, 2012). De manera que se puede entender que el autoconcepto es la percepción que tiene una persona de sí misma. Siendo esto así los factores sociales, culturales, políticos, psicológicos, entre otros, han cambiado las percepciones que se tienen de la diversidad funcional

y su influencia en el autoconcepto de la persona (Amante & Vásquez, 2006). Por su parte, Falvo (2005) expone que el autoconcepto se compone de un grupo de creencias, actitudes y valores que forman parte de la persona, lo cual Henderson y Bryan (2004) reconocen como “el todo de un individuo”. Los autores coinciden en que el autoconcepto está íntimamente ligado al proceso de desarrollo de autoestima e identidad.

Una de las áreas que guarda relación con el autoconcepto es la imagen corporal. Para las personas con diversidad funcional, y también para aquellas personas consideradas como típicas, la imagen corporal es la imagen mental del cuerpo asociada a la apariencia y a la habilidad para realizar actividades físicas (Falvo, 2005). En la imagen corporal a nivel individual tienden a predominar las expectativas sociales y las reacciones ante diferentes experiencias de vida (Falvo, 2005; Smart, 2001). La atención a la imagen corporal de una persona con diversidad funcional se debe examinar a través de un marco de referencia holista. Por tanto, los factores que pudieran distorsionar la imagen corporal en una persona con diversidad funcional parecen estar relacionados al grado de visibilidad, el residual funcional, rapidez con que ocurren los cambios y la importancia que le da la persona al aspecto físico (Li & Moore, 1998). La diversidad funcional distorsiona o atenta con la imagen corporal saludable de modo que interfiere en el proceso de aceptación. Sin embargo, las experiencias de vida pudieran desarrollar, contribuir y mover hacia la transformación de la persona, impactando la imagen corporal y, a su vez, la aceptación de sí misma (Smart, 2001).

Como se menciona anteriormente, las experiencias de vida influyen en el desarrollo del autoconcepto de una persona con diversidad funcional. Éste tendrá un impacto significativo en la manera en que la persona con diversidad funcional establece las relaciones interpersonales, así como también impacta los procesos cognoscitivos de ésta (Siebers, 2008). En cuanto a las relaciones interpersonales, entonces la intervención desde la psicología de la rehabilitación pudiera estar dirigida a entender los procesos de estigmatización, para transformar las cogniciones de la persona con diversidad funcional, de manera que se propicie mayor exposición social, disminuir niveles de ansiedad y propiciar actitudes adaptativas en la persona con diversidad funcional y en aquéllas consideradas típicas (Chan, Lee, Yuen. & Chan, 2002).

Comentarios finales

El último censo realizado en Puerto Rico y las estadísticas a nivel mundial demuestran un aumento drástico en la población de personas con diversidad funcional. Las evidencias empíricas de la percepción de las personas con diversidad funcional hacia los servicios que reciben parecieran escasear. Por tanto, se limita el entendimiento de que cada persona funciona de manera distinta ante los factores ambientales, lo que desfavorece incluir a las personas en un colectivo libre de exclusión social.

Como punto fundamental de crecimiento profesional en el campo de la

psicología y desde una mirada centrada en la cultura, en Puerto Rico el desarrollo de la psicología se ha visto estancado con relación a este tema y se evidencia ante la falta de investigaciones dirigidas a comprender la diversidad funcional. Es tarea de las instituciones de educación superior promover e involucrarse en investigaciones dirigidas hacia las personas con diversidad funcional, puesto a que desde sus voces es que se pudiera lograr la comprensión del fenómeno. Examinar profundamente el concepto de diversidad funcional como una construcción social reclama asumirlo como un fenómeno complejo y multicausal.

Asimismo, la asignación de significados e interpretaciones de la persona respecto a la realidad social. Entender a cada persona como una compleja abre un espacio de comprensión basado en las características individuales, las necesidades particulares de cada persona y sus derechos. Así pudiéramos fomentar la idea de que cada persona se reconozca como parte activa de la sociedad sin condicionar los preceptos de la igualdad social.

La labor de intervención con las personas que tienen alguna diversidad funcional supone acercamientos intra y multidisciplinarios con el fin de lograr el funcionamiento óptimo de la persona. Es decir, es pertinente actuar como agentes de transformación activos con responsabilidad social, propiciar la acción colectiva hacia una visión de empoderamiento personal que posicione a la persona con diversidad funcional en su máximo potencial funcional y que se visualicen capaces de alcanzar el mismo.

Se debe lograr una extensión de los conocimientos que se tienen de las intervenciones dirigidas hacia la rehabilitación de personas con diversidad funcional, de manera que se posibiliten las oportunidades para el desarrollo de profesionales altamente competentes. Por tanto, coincido con lo expuesto por Verdugo (2003):

La parcelación del conocimiento científico actual en relación con la diversidad funcional perjudica los avances y beneficios posibles... La psicología, además de contribuir al conocimiento científico máximo posible, ha de asumir la responsabilidad de integrar y dar coherencia a los avances hoy dispersos en distintas áreas y campos de la psicología científica. (p.12).

La discriminación, la promoción de la inequidad y la desensibilización hacia grupos minoritarios, como lo son las personas con diversidad funcional, están presentes en nuestra realidad social. Desde la academia, ¿se propicia la reflexión y la discusión de estos asuntos? ¿Los profesionales de la rehabilitación propician la inclusión y la comprensión de la diversidad? Las estructuras profesionales e institucionales deben asumir la responsabilidad de desarrollar y promover actitudes y prácticas inclusivas, en las que la visión del profesional como “un experto” se posicione en la realidad de la persona a quien se le ofrece el servicio. Una mirada desde la humildad reconoce que es la persona con diversidad funcional quien mejor conoce su condición. Esto permite dar el espacio a la persona con diversidad funcional para que describa sus experiencias, desde su voz y desde la identidad que ha desarrollado en su

realidad de vida. Más allá de intervenciones guiadas hacia cambios en patrones cognitivos, se debe sensibilizar hacia el entendimiento del rol que se asume desde la diversidad funcional.

Como profesionales de la conducta humana los psicólogos y las psicólogas tenemos la responsabilidad social de desarrollar modelos de intervención adaptados a nuestra población y cultura. Es imperativo que surja una nueva generación de terapeutas, sensibles hacia las necesidades y la diversidad. Es pertinente que la comunidad profesional se mueva hacia el reconocimiento de los derechos inalienables de las personas y desde el respeto a la dignidad humana. Asimismo, los profesionales de la psicología en formación debemos realizar un análisis y reflexión crítica de los conceptos y categorías al realizar intervenciones con personas con diversidad funcional.

Desde la práctica profesional de la psicología se hace necesario deconstruir historias únicas y contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas con diversidad funcional, desde la solidaridad, la ética social y de defensa de los derechos humanos.

Referencias

Amante, E., & Vásquez, A. (2006). *Discapacidad: Lo que todos debemos saber*. Washington DC, EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.

- American Psychological Association. (2013). Division 22. *Rehabilitation Psychology*. Recuperado de <http://www.apa.org/about/division/div22.aspx>
- American with Disabilities Act of 1990, Pub. L. No. 101-336, § 2, 42 USC 12148 (1991).
- Ballenato, G. (2007). *Discapacidad: Un reto personal y familiar*. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/Art%C3%ADculoReto.pdf>
- Bergin, A., & Garfield, S. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley and Sons, Inc.
- Berglund, B., Mattiasson, A., & Nordstrom, G. (2003). Acceptance of disability and sense of coherence in individuals with Ehlers-Danlos syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 770-777.
- Bernal, G., & Martínez, A. (2005). Teorías de psicoterapia en Puerto Rico: Una introducción. En H. Rey (Ed.), *Teoría y práctica de psicoterapia en Puerto Rico*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Bowers, R. (julio-agosto, 2002). El estigma de la discapacidad y diferencias en las extremidades. *In Motion Publications*, 4 (12). Recuperado de http://www.amputee-coalition.org/spanish/inmotion/jul_aug_02/stigma.html
- Brandt, M. (2008). *The impact of sibling disability status and gender on perfectionism in school-age children* (Disertación doctoral). Recuperada de la base de datos Proquest Dissertations and Thesis Fulltext.
- Brault, M. (2012). American with disabilities 2010. *Household Economics Studies*, 70-131. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Bureau Administration, U.S. Census Bureau. Recuperado de <http://www.census.gov/prod/2012pubs/p70-131.pdf>
- Castoriadis, C. (1997). *Un mundo fragmentado*. Buenos Aires: Altamira.
- Chan, F., Berven, N., & Thomas, K. (2004). *Counseling theories and techniques for rehabilitation health professionals*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Clapton, J., & Fitzgerald, J. (2008). The history of disability: A history of otherness. *New Renaissance Magazine*. Recuperado de www.ru.org
- Dell' Anno, A. (1998). *Política social y discapacidad: Sujeto y contexto*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Dunn, D., & Elliot, T. (2008). The place and promise of theory in rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology: Research and Methodological Advances and Issues in Rehabilitation Psychology Research*, 53 (3), 254-267. doi: 10.1037/a0012962.
- Falvo, D. (2005). Psychosocial and functional aspects of chronic illness and disabilities. En Autor (Ed.), *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (1-21). MA, United States: Jones & Bartlett Publishers.
- Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: Apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 124, 141-174.

- Ford, D., & Urban, H. (1998). *Contemporary models of psychotherapy*. Canadá: Wiley and Sons, Inc.
- Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Horace Liveright.
- Fullan, M. (1998). *Views on disability in ancient Greece and Rome as compared to modern America*. Recuperado de www.wm.edu
- Garrido, J., & Azpilicueta, M. (2011). *Conocemos los estereotipos y los prejuicios para evitar la discriminación*. Recuperado de http://ryc.educa.aragon.es/sio/admin/admin_1/file/DOC/Secundaria20111130/unidades/02%20ed ciudadania.pdf
- Garzón, K. (2007). Discapacidad y procesos identitarios. *Revista Ciencias de la Salud*, 5 (2), 86-91.
- Goodley, D., & Lawthom, R. (2005). Epistemological journeys in participatory action research: Alliances between community psychology and disability studies. *Disability & Society*, 20, 135-151.
- Groomes, D., & Linkowski, D. (2007). Examining the structure of the Revised Acceptance Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73, 3-9.
- Henderson, G., & Bryan, W. (2004). *Psychosocial aspects of disability* (3a ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher LTD.
- Hmaier, E., & Hansen J. (2011). Rehabilitation Psychology. En Autores (Eds.), *The Oxford Handbook of Counseling Psychology* (679-702). New York: Oxford University Press.
- Juárez, F., Holguin, E., & Salamanca, A. (2006). Aceptación o rechazo: Perspectiva histórica sobre la discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación. *Psicología y Salud*, 16 (2), 187-197.
- Landauro, J. (2006). *La rehabilitación profesional*. Recuperado de www.confiep.org.pe/articulos/comunicaciones/la-rehabilitacion-profesional
- Ledesma, J. (2008). *La imagen social de las personas con discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Li, L., & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The Journal of Social Psychology*, 138, 13-25.
- López, J. (2000). *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Muyor, J. (2011). Intervenir en la vida de otros: *Trabajo social, discapacidad y derechos humanos*. Trabajo Social Difusión, 87, 17-22.
- Novo, I., Muñoz, J., & Calvo, C. (2011). Análisis de las actitudes de los jóvenes universitarios hacia la discapacidad: Un enfoque desde la teoría de la acción razonada. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 17 (2), 1-26. Recuperado de http://www.uv.es/relieve/v17n2/RELIEVEv17n2_5.htm
- Olkin, R. (2001). *What psychologists should know about disability*. New York: Guilford Press.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Desarrollo de nuevos conceptos, normatividad y clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud* (CIF). Recuperado de http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1843:desarrollo-de-nuevos-conceptos,-normatividad-y-clasificacin-internacional-del-funcionamiento-de-la-discapacidad-y-la-salud-cif,-se-discutirn-en-taller-organizado-por-conadis-y-ops/oms&catid=979:noticias-2012&Itemid=900
- Padilla, A. (2010). Discapacidad: Contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 17, 381-414.
- Pakenham, K. I. (2008). Making sense of illness or disability. *Journal of Health Psychology*, 13, 93-105.
- Palacios, A., & Romaach, J. (2007). *El modelo de la diversidad: La bioética y los derechos humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Diversitas-AIES.
- Patston, P. (2007). Constructive functional disability: A new paradigm beyond disability and impairment. *Disability & Rehabilitation*, 29 (20-21), 1625-1633.
- Polo, M., & López, M. (2012). Autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (2), 87-98.
- Reeve, D. (2002). Oppression within the counseling room. *Counseling and Psychotherapy Research*, 2, 11-19.
- Rodríguez, S., & Ferreira, M. (2010). Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad. *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 28 (1), 151-172.
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). *Diversidad funcional: Un nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Recuperado de <http://www.forovidaIndependiente.org/node/45>
- Roosen, K. (2009). From tragedy, to "crip", to human: The need for multiple understanding of disability in psychotherapy. *Critical Disability Discourse*, 1, 1-25.
- Rosato, A., Angelino, A., Almeida, A., Angelino C., Kippen, E., Sánchez, C... & Priolo, M. (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 20 (39), 87-105.
- Saussure, F. (2006). The object of study. *Course in general linguistics* (16a ed.). New York: Open Court Publishing Company.
- Shakespeare, T. (2008). Disability: Suffering, social oppression or complex predicament? *The Contingent Nature of Life*, 39, 235-246.
- Siebers, T. (2008). *Disability theory*. Michigan: The University of Michigan Press.
- Smart, J. (2001). Others factors of the disability. En Autor (Ed.), *Disability, society, and the individual* (301-337). Austin, TX: Pro-Ed.
- Soto, M. (2011). La discapacidad y sus significados: Notas sobre la (in)justicia. *Política y Cultura*, 35, 209-239.
- Stasser, D., Uomoto, J., & Smits, S. (2008). *The interdisciplinary team and polytrauma rehabilitation: Prescription for partnership*. *Archives of Physical Medicine and*

- Rehabilitation*, 89 (1), 179-181. doi 10.1016/j.apmr.2007.06.774.
- Swain, J., & French, S. (2000). Towards an affirmative model of disability. *Disability and Society*, 15, 569-582.
- United Nations of Economic and Social and Social Commission for Asia and the Pacific [UNESCAP]. (2005). *Trabajo presentado en Conferencia de discapacidad. Una perspectiva global sobre el derecho a la educación y medios de vida*. Recuperado de <http://www.icint.org/?lid=4071>
- Verdugo, M. (2003). *La concepción de discapacidad en modelos sociales*. Recuperado de http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_medio/asist_bienestar/pdf/Verdugo-ModelosSoc.pdf.
- Vezzeti, H. (2007). Historias de la psicología: Problemas, funciones y objetivos. *Revista de Historia de la Psicología*, 28 (1), 147-166.
- Williams, D., & Happé, F. (2009). What did I say? Versus What did I think: Attributing false beliefs to self amongst children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 865-873.
- Wright, B. (1983). *Physical disability: A psychological approach* (2a ed.). Nueva York: Harper and Brothers.
- Yohannes, A., Koenig, H., Baldwin, R., & Connolly, M. (2008). Health behavior, depression and religiosity in older patients admitted to intermediate care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 735-740.