

La discapacidad en el siglo XXI: La experiencia iberoamericana

LA MEDICINA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL EN EL ECUADOR

Medicine in the Construction of Intellectual Disability in Ecuador

Silvia Lorena Castellanos

lorenacastellanos10@hotmail.com

Martín Carvajal

martincarvajalcastellanos@gmail.com

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Resumen:

En el presente trabajo se considera a la discapacidad intelectual como una construcción social, histórica y cultural de la disciplina médica. Para tal efecto y a través de un análisis sociológico de la bibliografía más relevante en cuanto a la temática, se desarrolla en primer lugar, los tres modelos históricos de acercamiento a la discapacidad, evidenciándose el predominio del modelo médico rehabilitador para su abordaje en el Ecuador. Seguidamente se aborda el saber poder de la medicina y su incidencia en la construcción de la discapacidad. A continuación, se resalta que las diferentes escalas que buscan diagnosticar y clasificar la discapacidad con el propósito de proveer una “intervención adecuada” y promover “servicios idóneos”, no toman en cuenta que el diagnóstico y la clasificación crean categorías que construyen una realidad en vez de únicamente representarla. Se concluye que el acercamiento a los tres modelos permite entender que la discapacidad no es algo constitutivo de la persona, sino que surge en las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios apropiados y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos. Pues la discapacidad surge en la interacción

entre la funcionalidad diversa de una persona y las barreras físicas, arquitectónicas y actitudinales que impiden su plena participación en la sociedad.

Palabras clave: biopoder, discapacidad, construcción social, patologización, normalidad.

Abstract:

This paper considers intellectual disability as a social, historical and cultural construction of the medical discipline. For this purpose, and through a sociological analysis of the most relevant bibliography on the subject, we first develop the three historical models of approach to disability, showing the predominance of the rehabilitative medical model for its approach in Ecuador. Next, it addresses the power of medical knowledge and its impact on the construction of disability. Next, it is highlighted that the different scales that seek to diagnose and classify disability with the purpose of providing an "adequate intervention" and promoting "suitable services" do not take into account that diagnosis and classification create categories that construct a reality instead of only representing it. It is concluded that the approach to the three models allows to understand that disability is not something constitutive of the person, but arises in the limitations of society to provide appropriate services and ensure the full exercise of their rights. Disability arises in the interaction between the diverse functionality of a person and the physical, architectural and attitudinal barriers that prevent his or her full participation in society.

Key words: biopower, disability, social construction, pathologization, normality.

Introducción

Desde tiempos antiguos hasta la actualidad han existido, y persisten aún, grandes contradicciones en el tratamiento social otorgado a las personas con discapacidad (Toboso Martín y Arnau Ripollés: 2008). Estas contradicciones responden a diferentes enfoques teóricos o modelos con los que se ha abordado dicha realidad social.

En las normativas ecuatorianas, por ejemplo, se la ha catalogado por grados de discapacidad (grave, severa, moderada, leve), por sus causas (genética, congénita o adquirida) y por el tipo (intelectual, mental, física, sensorial). Se han establecido además los porcentajes de discapacidad necesarios para poder acceder a beneficios sociales (40%, 65%, 75%,) y las escalas e índices para medirlas y evaluarlas (como el índice de Barthel-Score de Funcionalidad y la Escala de Dependencia de Barremo). En dichas normativas se evidencia también la dificultad que ha tenido el

Estado hasta para nombrarlas. Fueron denominados “impedidos” en un diagnóstico realizado por el INNFA en 1981, “minusválidos” en la normativa de 1982, “personas con discapacidades y minusvalidez en la normativa” de 1992; y “personas con discapacidad y de atención prioritaria” a partir de la Constitución de 2008.

Tomando en cuenta lo anterior, se pretende responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál ha sido el tratamiento social otorgado a las personas con discapacidad a lo largo de la historia? ¿Cómo se evidencia el saber-poder de la medicina en la construcción de la discapacidad? Y ¿Cómo ha sido construida la discapacidad intelectual por la medicina en el Ecuador?

Para responder las preguntas de investigación, en primer lugar, se exploran los tres modelos históricos que han abordado la discapacidad, destacando la predominancia del enfoque médico rehabilitador. Seguidamente se aborda el saber poder de la medicina y su incidencia en la construcción de la discapacidad. Se señala además que, a pesar de los esfuerzos por diagnosticar y clasificar la discapacidad para proporcionar intervenciones y servicios adecuados, estas acciones no consideran la forma en la que el proceso de diagnóstico y clasificación puede construir una realidad en lugar de simplemente representarla. Se llega a la conclusión de que la comprensión de estos modelos permite reconocer que la discapacidad no es intrínseca a la persona, sino que surge de las limitaciones que la sociedad enfrenta al proporcionar servicios adecuados y garantizar el ejercicio pleno de sus derechos.

Modelos de abordaje a la discapacidad

Básicamente pueden distinguirse a lo largo de la historia, tres modelos de acercamiento a la discapacidad: el *modelo de prescindencia*, el *modelo médico rehabilitador* y el *modelo social* (Toboso Martín y Arnau Ripollés, 2008: 64).

El modelo de prescindencia, también conocido como tradicional o de caridad y beneficencia, se caracteriza en primer lugar por su justificación religiosa de la discapacidad. En segundo lugar, se fundamenta en la idea de que las personas con discapacidad no tienen contribuciones significativas que hacer a la sociedad, por lo que se considera que se puede prescindir de ellas (Palacios, 2008: 37). Bajo esta perspectiva, las personas con discapacidad son vistas como un castigo divino por los supuestos "pecados" de sus familiares, o como seres malditos e impuros producto de la intervención de fuerzas del mal.

Este modelo contiene dos submodelos que coinciden en lo que respecta con el origen que atribuyen a la discapacidad, pero no en la respuesta social, estos son el *submodelo eugenésico* y *el de la marginación* (Toboso Martín y Arnau Ripollés, 2008: 66).

El *submodelo eugenésico* se desarrolló en la antigüedad clásica. En la antigua Grecia y en los textos bíblicos, se creía que la discapacidad era consecuencia de los pecados cometidos por los padres. Por otro lado, en la Roma antigua, se interpretaba la discapacidad como una señal de que la conexión con los dioses estaba quebrada, advirtiendo así sobre la ruptura de la alianza divina (Toboso Martín y Arnau Ripollés, 2008: 66). Esta situación, unida a la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena ser vivida, sumada a la percepción de su condición como una carga tanto para los padres como para la sociedad, impulsaba la adopción de prácticas eugenésicas. Entre estas prácticas se incluía el infanticidio, especialmente en el caso de los recién nacidos con discapacidad. (Garland, 1995 citado en Toboso Martín y Arnau Ripollés, 2008).

El culto a la salud, la fuerza y a la perfección física fue otra de las razones que en la antigüedad clásica se cometiera infanticidio. Por ejemplo, Aristóteles desestimula la crianza de niños y niñas alejados de los parámetros establecidos por dicha sociedad como normales. En su libro *La Política*, el filósofo afirma: “en cuanto a la exposición y crianza de los hijos debe existir una ley que prohíba criar a ninguno defectuoso” (Aristóteles, 1989 : 448).

Existe evidencia de eugenesia e infanticidio en ciudades como Esparta y Atenas. En el caso de Esparta, se exponía al recién nacido ante un consejo de ciudadanos que lo examinaba y en caso de apreciar algún tipo de desviación a lo considerado normal, se lo despeñaba por el monte Taigeto (Aguado Díaz, 1995: 49).

En lo que atañe a Atenas, en sus orígenes y primera época, reserva el infanticidio para los niños débiles y deformes, a los que se coloca en una vasija grande de arcilla y se les deja a la puerta de algún templo por si alguien los adopta (Aguado Díaz, 1995: 49).

El *submodelo de la marginación* por su lado, se caracterizó por la exclusión de todo ámbito a las personas con discapacidad por considerarlas desde una visión de déficit, anormalidad e inferioridad. Un ejemplo se encuentra en el tratamiento dado a las personas con discapacidad durante la Edad Media, en donde se las incluía dentro del grupo de los pobres y los marginados (Toboso Martín y Ripollés, 2008: 66).

Si bien las explicaciones religiosas para la discapacidad persistieron, los argumentos fueron más elaborados. Scheerenberger (1984: 45) afirma que en el Malleus

Maleficarum¹ se asociaba a prácticas ocultas, las enfermedades de etiologías inciertas, vinculando con la brujería, a incontables hombres, mujeres y niños inocentes aquejados de retraso mental o epilepsia. De acuerdo a este autor, “ninguna persona mentalmente diferente de la norma se escapaba de la acusación de brujería” (Scheerenberger, 1984: 45).

Desde la perspectiva del *submodelo de la marginación*, se consideraba además, que el estar fuera de los estándares de la normalidad establecidos por la sociedad y sus instituciones era una tragedia, un castigo divino, un error, una anormalidad o monstruosidad, por lo que eran confinados a encierros y exhibidos como fenómenos.

En el siglo XIV los nacidos con alguna deficiencia ya sea física, sensorial o mental, como la sordera, la ceguera, la parálisis, la cuadriplejía entre otras, eran confinados en encierros, en los que eran exhibidos los fines de semana a manera de espectáculo circense o de gran zoológico, para que las familias se divirtieran un poco, o bien manejando la conciencia social, rectificaran los actos cometidos en el pasado, por considerar a estos “monstruos” o “fenómenos” como la más grande señal de un castigo enviado por Dios (Di Nasso, 2004: 11).

El segundo modelo con el que se ha abordado la discapacidad es el *modelo médico rehabilitador*. Este modelo surge en el contexto del tránsito de la sociedad medieval a la sociedad moderna, en la que el paradigma revelacional cambia al científico. Así, la ciencia positivista y específicamente la medicina generaron un cambio importante cuando sustituyeron a la religión en el abordaje social de la discapacidad. Por lo tanto, ya no se consideró a la discapacidad como producto de un castigo divino, de una brujería o posesión demoníaca, sino como una enfermedad, ausencia de salud y alejamiento de los parámetros de la normalidad. “La causa de la discapacidad estaba en la anomalía fisiológica que en varios casos podía ser tratada clínicamente. Esto era lo científico y, por tanto, lo válido” (Eras, 2015: 14)

El paradigma biológico, médico o de rehabilitación, considera a la persona con discapacidad como “paciente” que, para lograr su recuperación requiere atención especializada siendo receptor pasivo y, por ende, objeto de apoyo. Al considerar el origen bio-médico de la discapacidad, se la describe como una desviación observable de la normalidad de la estructura y/o función corporal-mental que surge a consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud (CONADIS, 2013: 21).

El *modelo médico rehabilitador* considera a la discapacidad como una condición inherente a la persona, por lo que privilegia la intervención sanitaria por parte de

¹ Escrito medieval de los monjes dominicos Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger que aborda las sanciones a la brujería.

profesionales de la salud con el propósito de mitigar la deficiencia, curar la enfermedad, corregir la anormalidad o conseguir una mejor adaptación al entorno mediato e inmediato. “La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud” (OMS, 2001: 22).

Desde la perspectiva del *modelo médico rehabilitador*, las personas con discapacidad pueden tener algo que aportar a la comunidad en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas y logren asimilarse a los estándares establecidos en la medida de lo posible.

La rehabilitación se ha asumido como un medio para superar lo no sano, lo no adecuado, lo no normal. Al lograr la similitud, entonces, obtenemos una esencia humana sana, igual, perfecta, funcional, en donde las personas con discapacidad son la no esencia de esa igualdad, de esa perfección (Torres Dávila, 2008).

De esta forma las personas con discapacidad son sometidas a un proceso de normalización por parte de discursos, prácticas, agentes e instituciones de la medicina. La medicina ejerce un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo (Foucault 1993, 49). Este poder se ejerce a través del saber de esta disciplina cuyo discurso dominante es el de la normalización:

En realidad, las disciplinas tienen su discurso. Son, por las razones que decía antes, creadoras de aparatos de saber y de múltiples dominaciones de conocimiento. Son extraordinariamente inventivas en el orden de los aparatos que forman saber y conocimientos. Las disciplinas son portadoras de un discurso, pero éste no puede ser el del derecho; el discurso de las disciplinas es extraño al de la ley, al de la regla efecto de la voluntad soberana. Las disciplinas conllevarán un discurso que será el de la regla, no el de la regla jurídica derivada de la soberanía, sino el de la regla natural, es decir, el de la norma. Definirán un código que no será el de la ley sino el de la normalización, se referirán a un horizonte teórico que no serán las construcciones del derecho, sino el campo de las ciencias humanas, y su jurisprudencia será la de un saber clínico (Foucault, 1979: 151).

La sociedad que edifican a través de dicho discurso es la sociedad de la norma, cuyo propósito es construir y reconstruir la normalidad.

Los médicos han inventado una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad (Foucault, 1993: 49).

La sociedad de la norma instaurada por la medicina además de construir lo normal, construye lo anormal de todo aquello no se adecua a sus parámetros. Los cuerpos

deficitarios que no alcanzan la norma establecida son considerados anormales o discapacitados y son sujetos de intervención profesional normalizadora. Se construye la discapacidad como producto de tecnologías de poder centradas en cuerpos con funcionalidad diversa, considerados poco útiles para la producción y reproducción social por lo que son marginados.

Nuestra sociedad, tal como está organizada, no será hecha a la medida del hombre, sino que está hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, está hecha solamente pensando la eficiencia productiva. Pues bien, quien no responde a este juego social es marginado (Basaglia, 1979, citado en Valega Chipoco, 2016: 9).

Así, la normalidad como la anormalidad o discapacidad son construcciones sociales producto de relaciones de poder, no son conceptos que den cuenta de la naturaleza o la biología.

La noción de discapacidad, está fundada en las relaciones sociales de producción y en las demarcaciones que la idea de normalidad establece en esas sociedades modernas. En consecuencia, la visión trágica y medicalizada de este fenómeno es propia de la sociedad capitalista, producto de condiciones económicas sociales y culturales: el cambio en la naturaleza del trabajo y del mercado de trabajo, las exigencias de la acumulación, la producción de sujetos útiles tanto a la producción como a la reproducción social y la tipología del hombre normal como sujeto deseable (Angelino, 2009: 48).

A pesar que la OMS (2001) da un salto cualitativo en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*, cuando considera los factores ambientales como discapacitantes y discapacitadores, no se aleja del *modelo médico rehabilitador*. Pues atribuye la discapacidad a la persona, definiéndola como "los déficits, limitaciones en la actividades y restricciones en su participación" (OMS, 2001: 231). Tampoco se aleja de la lógica del modelo médico rehabilitador al mantener sistemas de clasificación médicos y biológicos que tratan de ampliar la noción de normalidad. Así en vez de definir la discapacidad en función de la normalidad, se lo hace en función a los dominios de la salud y dominios relacionados con la salud. "Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: (1) Funciones y Estructuras Corporales; (2) Actividades-Participación" (OMS, 2001: 3).

Es así como surge el tercer modelo, el modelo social. De acuerdo con este modelo, las causas de la discapacidad no son religiosas o científicas, sino sociales. Su énfasis no está en las limitaciones individuales de las personas con discapacidad, sino en las limitaciones de la sociedad para prestarles los servicios apropiados y para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos. En este modelo, la discapacidad ya no se considera un atributo de la persona, sino el resultado de un conjunto

complejo de condiciones creadas por el entorno social. Es decir, este modelo plantea que la discapacidad surge en la interacción entre la funcionalidad diversa de una persona y las barreras físicas, arquitectónicas y actitudinales que impiden su plena participación en la sociedad.

El modelo social, de derechos humanos y autonomía personal, se centra en la dignidad de la persona, valora el ser y no la condición; justiprecia la diversidad y -en consecuencia- la discapacidad como una característica de lo humano; subraya la interacción entre discapacidad y entorno, focalizando la inaccesibilidad como problema central concomitante tanto a las actitudes como a las posturas sociales, culturales y económicas que dificultan o impiden su participación en la sociedad. Posiciona a la persona con discapacidad como titular de derechos y responsabiliza al Estado de garantizar su ejercicio a través de la implementación de políticas públicas y acciones positivas. No se trata de una problemática familiar y menos individual, tampoco de un grupo ‘minoritario’, es una cuestión social por cuanto son las barreras sociales y físicas las que realmente discapacitan, sin perder de vista que está latente el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad en cualquier momento y/o ciclo de la vida (CONADIS, 2013: 21).

El *modelo social* se aparta del tratamiento de la discapacidad que hace el *modelo médico rehabilitador*. No trata de prescindir de la medicina, “sino de reducir al ámbito médico lo estrictamente sanitario y no mezclarlo con la problemática social derivada de la discapacidad” (Toboso Martín y Arnau Ripollés, 2008). A través de este modelo se evidencia que la discapacidad no es un valor moral, físico, ni biológico, sino relacional. La discapacidad es producto de relaciones de poder de una disciplina con funciones normalizadoras y una sociedad excluyente que discapacitan a los individuos por lo que consideran una deficiencia. “El término "discapacidad" representa un sistema complejo de restricciones sociales impuestas a las personas con insuficiencias por una sociedad muy discriminadora. Ser discapacitado hoy (...) significa sufrir la discriminación” (Barnes 1991 citado en Ferreira, 2008, 148).

Estas “insuficiencias” no son naturales o biológicas, sino construidas. Es un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal”, del cuerpo Uno (Único) (Angelino, 2009: 51). De esta forma la discapacidad se constituye en un fenómeno social de opresión en el que la “insuficiencia” se convierte el sustrato material sobre el cual opera la construcción social de la definición de la discapacidad y sobre el que se erigen las estructuras sociales opresoras que la delimitan (Ferreira, 2008: 150). En este sentido, no se niega que las características físicas marcan posibilidades y límites a los seres humanos, pero no estructuran un orden social jerárquico, ni son una justificación de la opresión que sufren las personas con discapacidad.

La construcción de la discapacidad por la medicina

Desde la perspectiva del paradigma foucaultiano, el cuerpo pasó a ser el sitio de inscripción y disputa de una microfísica del poder históricamente situada y ya no un mero símbolo de la estructura social general (Citro, 2009: 31). Es así que éste ya no representa únicamente el contexto en el que está inscrito, también es producto de las tecnologías de poder centradas en él.

Esta nueva mecánica de poder se apoya más sobre los cuerpos y sobre lo que éstos hacen que sobre la tierra y sus productos. Es una mecánica de poder que permite extraer de los cuerpos tiempo y trabajo más que bienes y riqueza. Es un tipo de poder que se ejerce incesantemente a través de la vigilancia y no de una forma discontinua por medio de sistemas de impuestos y de obligaciones distribuidas en el tiempo; supone más una cuadrícula compacta de coacciones materiales que la existencia física de un soberano; y en fin, se apoya en el principio según el cual una verdadera y específica nueva economía del poder tiene que lograr hacer crecer constantemente las fuerzas sometidas y la fuerza y la eficacia de quien las somete (Foucault, 1992: 149).

En contraste con las sociedades disciplinarias, el cuerpo ya no es marcado, es domado y corregido; su tiempo es medido y plenamente utilizado; sus fuerzas se aplican continuamente al trabajo; la forma-prisión de la penalidad se transforma a la forma-salario del trabajo (Foucault, 1993, 31). Esta nueva mecánica de poder que Foucault llamó biopoder, se expresó en primer lugar en lo que llamó anatomopolítica, una técnica de poder centrada en el cuerpo individual. Ese poder se orientó al cuidado, adiestramiento y fortalecimiento físico de los cuerpos de tal forma que fueran dóciles y útiles a la acumulación del capital.

Se trata de aquellos procedimientos mediante los cuales se aseguraba la distribución espacial de los cuerpos individuales (su separación, su alineamiento, su subdivisión y su vigilancia) y la organización -alrededor de estos cuerpos- de todo un campo de visibilidad. Se trata, aparte, de todas las técnicas gracias a las cuales se cuidaba a los cuerpos y se procuraba aumentar su fuerza útil a través del trabajo, el adiestramiento, etc. Se trata, por fin, de las técnicas de racionalización y de economía (en sentido estricto) de un poder que debía aplicarse del modo menos dispendioso posible, por medio de todo un sistema de vigilancia, de jerarquía, de inspección, de escritura, de relaciones (Foucault, 1999: 195).

Además, la anatomopolítica incluye todos aquellos dispositivos y estrategias que buscan corregir, estandarizar y gestionar las conductas y desviaciones de los cuerpos vivos a nivel individual (Bacarlett Pérez y Lechuga de la Cruz 2016, 79). La preocupación de la segunda forma de biopoder, es decir la biopolítica, es producir saberes con el fin de contribuir al control y normalización del cuerpo especie, es decir la humanidad. El interés transitó de la biología del cuerpo a procesos biológicos de las poblaciones como la natalidad, morbilidad, mortalidad, longevidad, etc.

El interés de la biopolítica por la enfermedad toma una connotación diferente que en la anatomopolítica:

Se comienza a ocupar de la forma, de la naturaleza, de la extensión, de la duración, de la intensidad, o de las enfermedades que predominan en una población y que son más o menos difíciles de eliminar. Estas, empero, no son consideradas, como es el caso de las epidemias, como las causas más frecuentes de decesos, sino más bien como factores permanentes (y así son tratadas) de reducción de fuerzas, de energías, de disminución del tiempo de trabajo (Foucault, 1999: 197).

Desde esta perspectiva, la enfermedad no se consideró más como un problema individual, sino como un problema social y económico, que redujo las fuerzas, las energías y la capacidad de trabajo de las poblaciones. La muerte ya no era el proceso biológico que terminaba con la vida, sino el proceso que acechaba y debilitaba la vida. En ese contexto se instauró una medicina cuya función principal era la higiene pública, que contaba con organismos que coordinaban y centralizaban las curas médicas, hacían circular información, normalizaban el saber, realizaban campañas para difundir la higiene y trabajaban por la medicalización de la población (Foucault, 1999, 252). Una medicina que según Foucault es criticada porque comenzó a ejercer un poder no controlado sobre los cuerpos, su salud, su vida y su muerte (Foucault 2001, 6). Un poder autoritario con funciones normalizadoras que iban más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo (Foucault 1993: 49).

Este poder instaurado en la disciplina médica funciona a través del saber, que clasifica, controla y normaliza los cuerpos y las poblaciones. Así, los discursos médicos actúan como dispositivos de saber/ poder que construyen y legitiman determinadas representaciones del cuerpo. Su efectividad radica en que son planteados como discursos de verdad debido a su estatus científico o porque son formulados por personas calificadas dentro de una institución científica, como es el caso de la medicina, las instituciones de salud y los médicos. De acuerdo a Foucault (1979), estos discursos tienen la función de normalización.

En realidad, las disciplinas tienen su discurso. Son, por las razones que decía antes, creadoras de aparatos de saber y de múltiples dominaciones de conocimiento. Son extraordinariamente inventivas en el orden de los aparatos que forman saber y conocimientos. Las disciplinas son portadoras de un discurso, pero éste no puede ser el del derecho; el discurso de las disciplinas es extraño al de la ley, al de la regla efecto de la voluntad soberana. Las disciplinas conllevarán un discurso que será el de la regla, no el de la regla jurídica derivada de la soberanía, sino el de la regla natural, es decir, el de la norma. Definirán un código que no será el de la ley sino el de la normalización, se referirán a un horizonte teórico que no serán las construcciones del derecho, sino el campo de las ciencias humanas, y su jurisprudencia será la de un saber clínico (Foucault 1979, 151).

Así el discurso predominante de la medicina sus instituciones y agentes es el de la normalidad y la normalización. La sociedad que edifican a través de sus discursos es la sociedad de la norma, cuyo propósito es construir y reconstruir la normalidad.

Los médicos han inventado una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad (Foucault, 1993: 49).

El discurso de la normalidad es normativo y normalizador, “la norma fija lo normal a partir de una decisión normativa” (Canguilhem, 1986: 193), es decir no solamente funciona como norma, sino que es una práctica reguladora que construye lo normal. La fuerza reguladora de la norma se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir - demarcar, circunscribir, diferenciar- los cuerpos que controla (Butler, 2002; 18). De este modo la normalidad se materializa en los cuerpos a través de prácticas reguladas y reguladoras.

Lo propio de un objeto o de un hecho llamado “normal”, por referencia a una norma externa o inmanente, consiste en poder ser, a su vez, tomado como referencia para objetos o hechos que todavía esperan poder ser llamados tales. Por lo tanto, lo normal es al mismo tiempo la extensión y la exhibición de la norma (Canguilhem, 1986: 186).

Lo normal también es demarcatorio “requiere pues fuera de sí, junto a sí y contra sí todo aquello que todavía se le escapa” (Canguilhem, 1986: 186). Estos límites demarcados o definidos contienen dentro a los que, y lo que, se adecua a la norma, pero a la vez instalan lo que Foucault (1993: 7) llama un *sistema de transgresión*, que es el espacio que ocupan aquellos o aquello ubicados fuera de dichos límites. La norma que normaliza, califica negativamente los que o lo que no cumple con los parámetros que establece.

Una norma, una regla, es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderezar. “Normar”, “normalizar”, significa imponer una exigencia a una existencia, a un dato, cuya variedad y disparidad se ofrecen, con respecto a la exigencia, más aún como algo indeterminado y hostil que simplemente como algo extraño. Concepto polémico, en efecto, aquél que califica negativamente al sector del dato que no entra en su extensión, aunque corresponde sin embargo a su comprensión. El concepto de “derecho” —ya se trate de geometría, de moral o de técnica— califica aquello que se resiste a su aplicación como “torcido”, “tortuoso”, o “torpe” (Canguilhem, 1986: 187).

Por lo tanto, además de construir lo normal, la norma construye lo anormal de todo aquello que la referencia a ella prohíbe considerar como normal (Canguilhem, 1986: 187). Es decir que los cuerpos deficitarios, que no alcanzan la norma son considerados anormales o discapacitados y son sujetos de intervención profesional

“normalizadora”. Por lo tanto, si lo normal es producto del proyecto normativo de la norma, lo anormal es la negación a la corrección, la resistencia a la norma. Además, la existencia previa de lo anormal es lo que genera el proceso de normalización.

Lo anormal como a-normal es posterior a la definición de lo normal. Sin embargo, la anterioridad histórica de lo anormal futuro es la que suscita una intención normativa. Lo normal es el efecto obtenido por la ejecución del proyecto normativo, es la norma exhibida en el hecho. Desde el punto de vista fáctico, existe pues entre lo normal y lo anormal una relación de exclusión. Pero esta negación está subordinada a la operación de negación, a la corrección requerida por la anormalidad. Por lo tanto, no hay nada paradójico en decir que lo anormal, lógicamente secundario es existencialmente primitivo (Canguilhem, 1986: 191).

Así pues, tanto la normalidad como la anormalidad o discapacidad son construcciones sociales producto de relaciones de poder, no son conceptos que den cuenta de la naturaleza o la biología. No hay duda que la medicina ha contribuido a definir qué se considera una discapacidad y cómo se diagnostica, pues los criterios médicos y las clasificaciones diagnósticas influyen en la forma en que la sociedad percibe y trata a las personas con discapacidad. Es así que en el siguiente apartado se analiza la forma en la que las escalas que buscan diagnosticar y clasificar la discapacidad intelectual en el Ecuador con el propósito de proveer una intervención adecuada y promover servicios idóneos, no toman en cuenta que el diagnóstico y la clasificación crean categorías que construyen una realidad en vez de únicamente representarla.

Escalas de diagnóstico y clasificación en torno a la discapacidad intelectual en Ecuador

De acuerdo al *Sistema Único de Calificación de Discapacidad*, en el Ecuador se tipifica a la discapacidad como física, visual, auditiva, del lenguaje, intelectual y psicológica (CONADIS, 2013: 24). Aunque en documentos más recientes, el CONADIS (2018: 19) reemplaza el término discapacidad psicológica por discapacidad mental o psicosocial. La discapacidad intelectual, al igual que las otras discapacidades, es considerada en la presente investigación como una parte integrante de la experiencia y la diversidad humanas (OMS, 2004: declaración 1) y como una forma específica de ser y estar en el mundo.

La discapacidad intelectual es considerada además como una construcción social, histórica y cultural, por lo que no se pretende elaborar una definición definitiva, única y universal. Es entendida de diferentes formas en diversas culturas, sociedades y épocas, por eso la dificultad en definirla. Por ejemplo, la Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual (OMS/OPS, 2004), no elabora ninguna

definición. A pesar de esta situación, los dos términos históricamente utilizados con mayor frecuencia para nombrarla han sido deficiencia mental (1908-1958) y retraso mental (1959-2009) (Verdugo Alonso y Schalock, 2010: 9).

De la novena a la décimo primera edición del manual de la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), ha habido un cambio significativo en la conceptualización, diagnóstico, clasificación y modelos de intervención de la discapacidad intelectual. En las mencionadas ediciones no se utilizó más el término retraso mental, sino discapacidad intelectual y ésta fue definida como “las limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas, originadas antes de los 18 años” (AAIDD, 2010, 31). De acuerdo a Verdugo Alonso y Schalock, (2010, 9), la importancia de esta definición radica en su influencia en otros sistemas de clasificación a nivel mundial.

La novena, décima y ahora la onceava definiciones propuestas por la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) han tenido un impacto sustancial y de primer orden en los cambios en la definición, concepción y prácticas profesionales relacionadas con la DI en todo el mundo. Su influencia sobre otros sistemas clasificatorios (DSM, CIE, CIF) es muy relevante, estando siempre situada en la vanguardia de las propuestas más novedosas que luego son seguidas por otros (Verdugo Alonso y Schalock, 2010: 9).

La AAIDD afirma que asume un modelo socioecológico y multidimensional para la definición, diagnóstico e intervención de la discapacidad intelectual, ya que la explica en términos de expresión de limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto social, y define su etiología en factores orgánicos y/o sociales. A pesar de ello, no se aleja del modelo médico rehabilitador al atribuir la discapacidad a la persona, además de definirla y caracterizarla en términos médicos y estadísticos. De esta forma se habla de una definición operativa que incluye tres aspectos clave.

a) la definición actual y las premisas subyacentes; b) los límites del constructo; y c) el uso del concepto estadístico de ‘error típico de medida’ para establecer un intervalo de confianza estadística dentro del cual las puntuaciones verdaderas de la personas se encuentran (Verdugo Alonso y Schalock, 2010: 12).

En el intento de la definición de la AAIDD para comprender la naturaleza, así como sus implicaciones para el diagnóstico y la intervención, se está construyendo a la discapacidad intelectual sobre la base de una deficiencia tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa. Se consideran, en primer lugar, las puntuaciones del CI para medir el funcionamiento intelectual, con el propósito de clasificar la DI en ligera, moderada o severa.

El criterio de “limitaciones significativas en funcionamiento intelectual” para diagnosticar discapacidad intelectual es una puntuación de CI de aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media, considerando el error típico de medida para los instrumentos específicos utilizados, así como sus fortalezas y debilidades. Esto equivale generalmente a una puntuación 70 de CI a la que hay que sumar o restar el error típico de medida (el cual depende de la estandarización del test de medida utilizado, oscilando de 3 a 5 puntos) (Verdugo Alonso y Schalock, 2010: 14).

La Tabla 1 muestra algunos instrumentos utilizados en el ámbito clínico para medir el funcionamiento intelectual destacando las escalas de inteligencia de Wechsler que permiten obtener las puntuaciones clásicas de CI.

Tabla 1: Instrumentos utilizados para la evaluación de la inteligencia general y el desarrollo psicomotor

Edad de aplicación	Instrumentos
Infancia y adolescencia	BSID, Escalas Bayley de desarrollo infantil MSCA, Escalas Mccarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños WPPSI, Escala de inteligencia para preescolar y primaria WISC-R, Escala de inteligencia de Wechsler para niños – revisada WISC-IV, Escala de inteligencia de Wechsler para niños – IV K-ABC, Batería de evaluación de Kaufman para niños
Edad Adulta (a partir de los 16 años)	WAIS-III, Escala de inteligencia de Wechsler para adultos - III

Fuente: Navas, P., Verdugo, M.A., y Gómez, L.E. (2008). “Diagnosis and classification on intellectual disability. Psychosocial Intervention”, 17(2), 143-152.
Elaboración propia.

Además del funcionamiento intelectual reflejado en el CI, la otra dimensión en la que se construye la discapacidad intelectual es en la conducta adaptativa. La conducta adaptativa es definida como “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria” (Luckasson et al., 2002/2004, citado en Navas, Verdugo y Gómez, 2008: 148). Para la evaluación de la conducta adaptativa existen algunos instrumentos, pero ninguno de ellos se centra en su diagnóstico, por lo que la AAIDD ha centrado sus esfuerzos en la elaboración de un instrumento para tal efecto.

Esta escala, denominada *Diagnostic Adaptive Behavior Scale* (DABS) o *Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa* en castellano, va dirigida a personas con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre los 4 y los 21 años y trata

de proporcionar medidas de conducta adaptativa en los siguientes dominios: habilidades conceptuales, sociales y prácticas, a partir de la información proporcionada por una persona que conoce en profundidad a la persona con discapacidad intelectual (Navas, Verdugo y Gómez, 2008: 149).

A pesar que estas escalas buscan diagnosticar y clasificar la discapacidad intelectual con el propósito de proveer una intervención adecuada y promover servicios idóneos, no toman en cuenta que el diagnóstico y la clasificación crean categorías que construyen una realidad en vez de únicamente representarla. Categorías que se inscriben en el orden de las relaciones sociales en el marco de un modelo económico, social, político y cultural que discapacita a aquellas personas sobre la base de una deficiencia. A pesar de esta situación, en el presente trabajo se seguirá utilizando la categoría de discapacidad intelectual porque se considera que el problema no está en la existencia de la categoría, sino en los valores que se asocian con ésta y cómo estos valores crean y promueven jerarquías sociales (Crenshaw, 2012 citado en Valega Chipoco, 2016: 10).

En el Ecuador se define a la discapacidad intelectual como la “dificultad para comprender ideas complejas, razonar, resolver problemas, tomar decisiones y desenvolverse en la vida diaria, lo cual influye en sus relaciones interpersonales y esto le convierte en persona influenciable” (CONADIS, 2018, 19). Se reconoce además, grados de discapacidad intelectual, entre ellos discapacidad intelectual límite (límite, fronteriza), discapacidad intelectual leve; discapacidad intelectual moderada y discapacidad intelectual grave y/o profunda (CONADIS, 2018: 19).

Desde la creación del CONADIS mediante la Ley Sobre Discapacidades No. 180 (de aquí en adelante Ley 180), la calificación de las discapacidades fue una competencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y rectora del Sistema Nacional de Salud (SNS) a través de sus unidades autorizadas (Congreso Nacional, 1992, artículo 16). Aunque debido a la limitada capacidad operativa del MSP, otros organismos se encargaron también de la calificación de las personas con discapacidad.

Dicha calificación era remitida al CONADIS para la respectiva emisión del carné de discapacidad. En este carné se registraba el tipo y el porcentaje de discapacidad y funcionaba como un documento que en algunas ocasiones cobraba mayor importancia que la misma cédula de identidad o de ciudadanía, especialmente ante la posibilidad de acceder o no a algún beneficio social. El CONADIS emitió los carnés para las personas con discapacidad hasta el 24 de septiembre de 2013, pero de acuerdo con Resolución No. 005-CONADIS-2018, éstos siguieron vigentes hasta el 31 de diciembre de 2019.

La Figura 1 muestra el carné de discapacidad emitido por el CONADIS:

Figura 1: Carné de discapacidad emitido por el CONADIS.



Fuente: CONADIS. (2018). "Informativo de carné de personas con discapacidad".
<https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/>

De acuerdo a las normativas vigentes en favor de las personas con discapacidad como la Ley Orgánica de Discapacidades (2012), el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades (2017), la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2017-2021, entre otras, la calificación de las discapacidades sigue siendo competencia del MSP. Dichas normativas reiteran que la determinación de la deficiencia o condición discapacitante la deben realizar los médicos especialistas del sistema nacional de salud, acreditados expresamente por la autoridad sanitaria nacional (Asamblea Nacional, 2012: artículo 8; CONADIS, 2017: 13; Presidencia de la República del Ecuador, 2017: artículo 3; CONADIS, 2018: 17). Pero de acuerdo con las normativas mencionadas, las facultades del MSP se han ampliado de únicamente la calificación, a la calificación y certificación a partir del 24 de septiembre de 2013. Es así que a partir de esa fecha la certificación de la condición discapacitante y su grado es realizada por el MSP para lo que se han realizado importantes esfuerzos en el tema de la infraestructura, capacitación de personal especializado y sistemas operativos informáticos.

Para calificar y acreditar a las personas con discapacidad en todo el territorio nacional, el Ministerio de Salud ha conformado 281 equipos de calificación de discapacidad, que incluyen a 729 profesionales médicos/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales; presentes en 175 cantones del país, quienes son los responsables de establecer los correspondientes tipos, grados y porcentajes de discapacidad. Las calificaciones son ingresadas en un registro administrativo, denominado Registro Nacional de Discapacidades, para la respectiva emisión del carné de discapacidad. Al mes de Octubre de 2017 se han acreditado 429.475 personas con discapacidad (CONADIS, 2017: 26).

La Figura 2 muestra el carné de las personas con discapacidad emitido por el Ministerio de Salud Pública.

Figura 2: Carné de personas con discapacidad emitido por el MSP.



Fuente: CONADIS. “Informativo de carné de personas con discapacidad”.
<https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/>

La Figura 3 (pág. Siguiente) muestra el formulario del informe médico vigente que califica o recalifica a las personas con discapacidad en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención autorizadas.

A pesar que las normativas insisten en que para la calificación de la discapacidad se deben evaluar los aspectos biológicos, psicológicos y del contexto socioeconómico a fin de determinar los tipos, grados y porcentajes de discapacidad (CONADIS, 2018, 17), se observa que el formulario del Informe médico calificador no se aleja sustancialmente del modelo médico rehabilitador cuyo objetivo es la rehabilitación, habilitación funcional, normalización o curación. Esta situación se debe a que los instrumentos para calificar la discapacidad en el Ecuador están basados todavía en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), un documento de carácter experimental publicado por la OMS en 1980 y no en el documento mundial vigente que es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF (OMS, 2001).

La CIDDDM pertenece a la familia de las clasificaciones de la OMS y fue el primer instrumento elaborado para clasificar las consecuencias de la enfermedad, traumatismos y otros trastornos. Pretende superar el modelo médico de la enfermedad que ha sido representado como una secuencia de etiología → patología → manifestación, por otra secuencia: enfermedad → deficiencia → discapacidad → minusvalía. Desde esta perspectiva, la deficiencia, discapacidad y minusvalía son tres diferentes dimensiones de la enfermedad:

- a) Deficiencia (código DE), hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que

o discapacidad, lo que da lugar a una minusvalía o desventaja en la integración y participación social. La principal preocupación que ha generado la CIDDM es el hecho que no define con suficiente claridad el papel desempeñado por el entorno social y físico en el proceso discapacitante, estimulando la medicalización de la discapacidad (INSS, 1994: 7).

De esta forma se observa que la discapacidad es calificada en los formularios del MSP, a partir de un cuadro clínico y en términos de patologías de acuerdo a la clasificación de la CIE-10.² Esta forma de calificar y certificar la discapacidad se aleja del concepto formulado en las normativas ecuatorianas. Se aleja de ese concepto que afirma que la discapacidad es una condición del ser humano como lo es ser indígena, mestizo, hombre, mujer, adolescente o adulto mayor y que ésta no surge en la persona, sino en su interacción con las barreras de su contexto socio-económico y actitudinal, que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás.

Conclusiones

Ante lo expuesto anteriormente, se concluye en la presente investigación que los diferentes modelos con los que se ha abordado a lo largo de la historia han construido a la discapacidad desde un castigo divino, una anomalía, una influencia maligna, una enfermedad, hasta una vivencia de la diversidad humana, pues la discapacidad no es un valor moral, físico, ni biológico, sino relacional. La discapacidad es producto de relaciones de poder de una disciplina médica con funciones normalizadoras y una sociedad excluyente que discapacitan a los individuos por lo que consideran una deficiencia. El término discapacidad representa un sistema complejo de restricciones sociales impuestas a las personas con insuficiencias por una sociedad discriminadora. Estas “insuficiencias” no son naturales o biológicas, sino construidas. Es un déficit construido, que determina cuánto y cómo se alejan los cuerpos “discapacitados” del cuerpo “normal”. De esta forma la discapacidad se constituye en un fenómeno social de opresión en el que la “insuficiencia” se convierte el sustrato material sobre el cual opera la construcción social de la definición

² La CIE-10 es la clasificación de diagnóstico ordinaria internacional para fines epidemiológicos y de gestión sanitaria y uso clínico y se utiliza para recolectar información sobre salud en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En particular, se emplea en la clasificación de enfermedades, accidentes, razones de consulta médica y otros problemas de salud notificados a los diversos tipos de registros de salud y a los registros vitales. Además de facilitar el almacenamiento y la recuperación de información diagnóstica con finalidades clínicas, epidemiológicas y de calidad, los registros resultantes sirven de base para la compilación de las estadísticas nacionales de mortalidad y morbilidad por los Estados Miembros de la OMS. La CIE-10 proporciona, en fin, un marco conceptual para la clasificación de las enfermedades y ha sido traducida a más de 40 idiomas (OMS 2008).

de la discapacidad y sobre el que se erigen las estructuras sociales opresoras que la delimitan.

Se concluye además que la discapacidad no es algo constitutivo de la persona, sino que surge de las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios apropiados y para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos. La discapacidad es el resultado de un conjunto complejo de condiciones creadas por el entorno social. Es decir, surge en la interacción entre la funcionalidad diversa de una persona y las barreras físicas, arquitectónicas y actitudinales que impiden su plena participación en la sociedad.

Por otro lado, a pesar que en todas las normativas ecuatorianas en torno a las personas con discapacidad se considera al modelo social para su abordaje, se observa que persiste el modelo médico rehabilitador en su calificación y clasificación. La discapacidad es calificada en los formularios del MSP a partir de un cuadro clínico y en términos de patologías de acuerdo a la clasificación de la CIE-10. Esta forma de calificar y certificar la discapacidad se aleja del modelo social que afirma que la discapacidad es una condición del ser humano como lo es ser indígena, mestizo, hombre, mujer, adolescente o adulto mayor y que ésta no surge en la persona, sino en su interacción con las barreras de su contexto socioeconómico y actitudinal que no permiten su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás.

Por último, se concluye que la discapacidad intelectual es también una construcción social, histórica y cultural y que todas las escalas que buscan diagnosticarla y clasificarla con el propósito de proveer una “intervención adecuada” y promover “servicios idóneos”, no toman en cuenta que el diagnóstico y la clasificación crean categorías que construyen una realidad en vez de únicamente representarla. Categorías que se inscriben en el orden de las relaciones sociales en el marco de un modelo económico, social, político y cultural que discapacita a aquellas personas sobre la base de una deficiencia.

Bibliografía:

- Aguado Diaz, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial.
- Angelino, M. A. (2009). “La discapacidad no existe, es una invención. De quienes fuimos (somos) siendo en el trabajo y la producción”. En *Discapacidad e ideología*

logía de la normalidad. Desnaturalizar el déficit, coordinado por Ana Rosato y María Alfonsina Angelino, 43 -54. Buenos Aires: Novedue.

- Aparicio Ágreda, M. L. (2009). “Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación”. En *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009*, 129-138. Navarra: Universidad Pública de Navarra.
- Aristóteles. (1988). *La política*. Madrid: Editorial Gredos S. A.
- Asamblea Constituyente (2008). *Constitución del Ecuador*. Quito, Ecuador: Registro Oficial.
- Asamblea Nacional. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Quito, Ecuador: Registro Oficial.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Aunos M. & Feldman M. A. (2002). “Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities”. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15, 285–96. <https://doi.org/..../>
- Bacarlett Pérez, M. & Lechuga de la Cruz. A. (2016). “Canguilhem y Foucault: De la normatividad a la normalización”. En *Ludus Vitalis*, 17 (31): 65-85.
- Butler, J. (2012). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Canguilhem, G. 1986. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Citro, S. 2009. *Cuerpos Significantes: Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Editorial Biblos Culturalia.
- Consejo Nacional de Discapacidades. (2013). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017*. Quito, Ecuador: CONADIS.
- Consejo Nacional de Discapacidades. (2017). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2017-2021*. Quito, Ecuador: CONADIS.
- Consejo Nacional de Discapacidades. (2018). “Informativo de carné de personas con discapacidad”. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/>
- Consejo Nacional de Discapacidades. (2018). RESOLUCION No. 005-CONADIS-2018.

- Consejo Nacional de Discapacidades. (2018.). *Rutas para la protección de derechos de las personas con discapacidad*. Quito, Ecuador: CONADIS.
- Di Nasso, P. P. (2014). “Mirada histórica de la discapacidad”. Palma de Mallorca: Fundación Cátedra Iberoamericana, 4, 4.
- Eras, J. (2015). *Rompiendo barreras. Propuesta de atención integral a las discapacidades*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Corporación Editora Nacional.
- Ferreira, M. A. V. (2008). “Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos”. En *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, No. 124, 141-174.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Segunda edición. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Ediciones Altamira.
- Foucault, M. (1999). *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Ediciones. Altamira.
- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós/ICE-UAB.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales. (1994). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. 2ª. Edición. Madrid: INSS.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). “Carne de discapacidad”. Quito: MSP.
<https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/>
- Navas, P., Verdugo, M.A., & Gómez, L.E. (2008). “Diagnosis and classification on intellectual disability. Psychosocial Intervention”, 17(2), 143-152. Recuperado en 15 de julio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200004&lng=es&tlng=en.
- ODNA. (2012). *Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 1990 - 2011. A 21 años de la Convención de los Derechos del Niño*. Quito, Ecuador: ODNA.
- Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Ginebra: OMS/OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual*. Montreal: OMS/OPS.

- Organización Mundial de la Salud. (2008). “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), edición de 2008”. Disponible en <http://publications.paho.org/>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones CINCA S. A.
- Santofimio-Rojas, G. (2016). De la anomalía a la discapacidad, una larga historia de exclusión social: de la muerte, al destierro y el repudio a la inclusión educativa. *Revista Inclusión & Desarrollo*, 3 (1), 34-46.
- SETEDIS. (2013). “Resolución No. STD-019-2013”. Quito: Registro Oficial.
- Toboso Martín, M., y Arnau Ripollés, M. S. (2008). “La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen”. En *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, N° 20, 64-94.
- Torres Dávila. M.S. (2008). *Las discapacidades como diferencia*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Valera Chipoco, C. (2016). “Barreras que enfrentan las personas en situación de discapacidad en el ejercicio de su sexualidad y autodeterminación reproductiva”. En *La Manzana de la Discordia*, 11(2), 7-20.
- Verdugo Alonso, M. Á., y Schalock, R. L. (2010). “Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual”. En *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 41(4), 7-21.