

LA (SITUACIÓN DE) DEPENDENCIA EN LA DIVERSIDAD FUNCIONAL: DE LO BIOLÓGICO Y PATOLÓGICO EN LA PERSONA

DEPENDENCE SITUATION IN FUNCTIONAL DIVERSITY: BIOLOGY AND PATHOLOGY IN THE PERSON

Jesús Muyor Rodríguez
Universidad de Almería

Resumen: En este artículo proponemos una reflexión de los significados a partir de los cuales se clasifica la diversidad funcional como objeto y problema de intervención desde los servicios sociales. Nos centramos en la categoría de dependencia en tanto que la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAAD) compone la mayor parte de la acción pública de servicios sociales para las personas con diversidad funcional. Como conclusiones podemos extraer que la LAAD relaciona discapacidad y dependencia con un estado disfuncional de la persona que se asocia con ciertas carencias o anomalías en el estado de salud. Así la LAAD tiende a focalizarse en los factores bio-físicos sin tener demasiado en cuenta los contextos y las restricciones sociales que generan las situaciones de dependencia.

Palabras Clave: Dependencia, Diversidad Funcional, Discapacidad, Servicios Sociales.

Abstract: In this paper we propose a reflection of the meanings from which the functional diversity qualifies as object and problem of intervention of the social services. We centre on the category of dependence while the Law 39/2006, on the Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons (LAAD) composes most of the public action of the social services for the persons with functional diversity. As conclusions we can extract that the (LAAD) relates disability and dependence to a disfunctional condition of the person who associates with certain lacks or anomalies in the health conditions. This way the LAAD tends to be focused on the bio-physical factors without considering too much the contexts and the restrictions that generate the situations of dependence.

Key Words: Dependency, Functional Diversity, Disability, Social Services.

| Recibido: 15/12/2017 | Revisado: 08/02/2018 | Aceptado: 11/03/2018 | Publicado: 31/05/2018 |

Correspondencia: Jesús Muyor Rodríguez. Doctor en Trabajo Social. Centro Universitario Adscrito de Trabajo Social. Universidad de Almería. C/ Doctor Barraquer nº 21. 04005. Almería. España. Correo electrónico: jesusmuyor@ual.es. Teléfono: +34 950 243108.

Referencia normalizada: Muyor, J. (2018). La situación de dependencia en la diversidad funcional: De lo biológico y patológico en la persona. *Trabajo Social Hoy*, 84, 63-76. doi: 10.12960/TSH.2018.0010

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios sociales constituyen un escenario donde se visibiliza la forma particular que tienen las políticas sociales de interpretar la diversidad funcional (término propuesto desde el Foro de Vida Independiente y Diversidad como sustituto de los peyorativos “discapacidad”, “minusvalía”, “invalidez”, etc., tradicionalmente utilizados para designar al colectivo. Este giro epistemológico pretende entre otros aspectos que la persona pueda encontrar una identidad que no sea percibida como negativa). Se hace tangible el modo de clasificar a los individuos regulando sobre ellos las actividades que le corresponden como objetos de intervención pública. Hablamos de un sistema que clasifica y ordena a las personas según diferentes categorías asociadas a determinados problemas y sus diferentes formas de darles respuesta. Históricamente las distintas representaciones de la diversidad funcional en los servicios sociales han emanado de significaciones tales como *deficientes*, *minusválidos*, o *discapacitados*.

Al amparo normativo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante LAAD) se ha vuelto a dotar de significado a la diversidad funcional. Al respecto, es necesario reseñar que esta política pública ha *colonizado* el mayor peso de la atención a las personas con diversidad funcional dentro del Sistema Público de Servicios Sociales. El reconocimiento del grado de dependencia se convierte en el requisito normativo para acceder a una serie de prestaciones y servicios dentro del sistema. Hasta la implantación de la LAAD, el acceso de las personas con diversidad funcional a la mayoría de esos servicios se hacía bajo el certificado de discapacidad (Muyor, 2016).

La LAAD supone una forma distinta de (re)conceptualización de las personas con diversidad funcional bajo una nueva regulación de derechos sociales. Esta disposición jurídica determina no solo quién es (o no) *dependiente* sino también el grado de dependencia al que se asocian unos derechos en tanto que merecedor (o no) de ellos. El cambio de significar a las personas como dependientes no es solo una simple permuta de palabra sino que implica todo un proceso de categorizar, describir, explicar y justificar la diversidad funcional. Este enfoque supone un nuevo espacio de observación y análisis desde el que afrontar las políticas públicas como constructoras de sujetos y subjetividades (Agrela, 2006; 2012).

En este texto proponemos una reflexión en torno a la manera de construir la diversidad funcional desde los servicios sociales. En concreto buscamos visualizar las concepciones y enfoques que relacionan la diversidad funcional, a través de la dependencia, con lo biológico, lo individual y lo patológico.

2. ENTRE LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL

La construcción de la discapacidad se ha desarrollado fundamentalmente bajo dos paradigmas: a) el *biológico*, centrando la atención en el individuo y sus deficiencias (Jiménez, 2007) y b) el *social*, donde la discapacidad representa un sistema complejo de restricciones sociales discriminatorias impuestas a este colectivo (Oliver, 1990).

La perspectiva individualista supone entender la discapacidad como algo exclusivamente biológico, donde la persona, sus deficiencias y dificultades son el centro del problema. Se entiende que la discapacidad es un asunto de la persona. De esta manera se asocia la enfermedad, los accidentes, el proceso de envejecimiento o cualquier otra alteración de la salud como causante. Esta se explica mediante referencias a las características genéticas, bioquímicas o psicológicas personales (Jiménez, 2007). Toboso (2013) señala que desde este paradigma se interpreta la discapacidad como una situación de 'enfermedad' donde las personas catalogadas con discapacidad deben someterse a un proceso de curación/rehabilitación con el objetivo de asimilarse de la mayor forma posible a las demás personas 'sanas' de la sociedad.

Al enfocar la discapacidad principalmente desde el plano biomédico se despliegan una serie de prácticas que se articulan en torno a la medicalización, el paternalismo, el supuesto conocimiento experto, la institucionalización y la rehabilitación de la persona, conformes a representaciones como enfermedad, dependencia, paciente, 'objeto' de atención médica y deficiencia entendida como una atribución orgánica (Toboso, 2013). A las personas biomédicamente denominadas *discapacitadas* se les ha negado históricamente su valor como personas. Desde el exterminio de los niños con discapacidad congénita al nacer imperante en la antigüedad clásica, la marginación e institucionalización de la mendicidad en la Edad Media y la medicalización en los comienzos del Siglo XX (Ferrante, 2015).

Sin embargo, el concepto de *discapacidad* ha transitado hacia un paradigma social que sitúa el foco del problema en la sociedad y no en el resultado de una patología o circunstancia del cuerpo del individuo. Hablamos de un modelo social, que surge del propio movimiento de las personas con discapacidad (Abberley, 1987; Bynce, Oliver y Barnes, 1991; Barton 1998 y 2008; Palacios y Romañach, 2006; Ferreira, 2008), y que centra el fenómeno en las maneras en que la discapacidad es causada por las limitaciones de la sociedad para ofrecer servicios que tengan en cuenta las capacidades de todas las personas (Oliver, 1990). Desde el propio colectivo, por primera vez, se construye un paradigma teórico sobre sus propias vidas (Oliver, 1996). Se trabaja en conceptualizar las causas que producen la discapacidad con estrategias narrativas que den voz a las propias personas (Barton, 1998 y 2008). La preocupación pasa a centrarse en los factores sociales, económicos, institucionales y normativos que determinan el entorno en el que se desenvuelven las personas con discapacidad y en la

importancia de eliminar obstáculos y promover espacios accesibles para que las personas con discapacidad puedan mejorar su participación en la vida social y económica (Palacios, 2008).

Si bien los componentes “bio” y “social” coexisten como parte de una misma realidad que se retroalimenta constituyendo y conformando la situación de una persona (Maynard et al., 2015; Maynard et al., 2016), el énfasis del paradigma biológico, para comprender y responder ante la realidad humana (sus comportamientos, los problemas, las posibilidades de (con)vivir de las personas, etc.), genera una serie de implicaciones que, necesariamente, deben ser discutidas.

3. LA ENFERMEDAD COMO PRETEXTO Y LA ANORMALIDAD COMO CONDICIÓN

Ferreira (2007) apuntó que la Organización Mundial de la Salud ha monopolizado, hasta muy recientemente, la concepción ideológica de la diversidad funcional en representación de una clasificación basada fundamentalmente en un criterio médico.

En función de unos patrones fisiológicos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) distinguía cuatro categorías biológicas o médicas: a) afección, b) insuficiencia, c) discapacidad, y d) minusvalía (International Classification of Impairment, Dishability and Handicap, ICIDH, 1980). Esta clasificación internacional de la discapacidad, elaborada en los años ochenta, ha sido reemplazada por la nueva International Classification of Functioning, Disability and Health (la ICF; en castellano, CIF) que fue aprobada por la OMS en 2001 para intentar superar ciertas carencias de la precedente (Barnes y Mercer, 2005; Ferreira, 2008). Esta nueva versión supone un cambio en la terminología puesto que elimina la tríada insuficiencia/discapacidad/minusvalía e instaura la discapacidad como un proceso que engloba tres categorías: deficiencia, limitaciones en la actividad y restricción en la participación.

Las “deficiencias” se relacionan con “problemas” dentro del componente “cuerpo” que se subdivide, a su vez, en “funciones corporales” y “estructuras corporales”. Las “funciones corporales” hacen referencia a las funciones fisiológicas como por ejemplo las visuales. Las “estructuras corporales” designan las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes, como podrían ser las estructuras relacionadas con el ojo. Por tanto, en virtud de una deficiencia en el orden de lo comúnmente entendido como salud se pueden producir limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación.

Según señala la CIF (OMS, 2001), las “limitaciones en la actividad” son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de una acción, como por

ejemplo comer. Las “restricciones en la participación” son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Las “limitaciones en la actividad” aluden a la perspectiva individual con respecto al funcionamiento, mientras que las “restricciones en la participación” refieren al desenvolvimiento social. No obstante, la propia clasificación de la CIF manifiesta que hacer una distinción entre las tareas que se agrupan en la dimensión individual o en la social resulta bastante complejo.

“Es difícil distinguir entre Actividades y Participación basándose en los dominios del componente Actividades y Participación. Similarmente, diferenciar entre la perspectiva individual y social sobre la base de los dominios no ha sido posible teniendo en cuenta las variaciones internacionales y los diferentes acercamientos de diferentes profesionales y marcos teóricos” (OMS, 2001, p. 17).

Un mismo grupo de categorías puede considerarse como ítems de “Actividades”, referida a la tarea o acción que un individuo realiza, o como ítems de “Participación”, referidas a una implicación en la sociedad. Por ejemplo, “comer” puede relacionarse con actividades individuales de autocuidado y por tanto sería una limitación en la actividad. Pero también puede considerarse una restricción en la participación en el marco de la vida social y comunitaria, por ejemplo, de una celebración. De esta manera, la CIF propone varias alternativas para diferenciar entre actividades y participación. La estrategia más utilizada, que se extrae de los ejemplos que se realizan en la propia CIF (OMS, 2001), es el uso de distintos componentes de calificación para medir un área u otra. La información referida a las “limitaciones de la actividad” se valora con el calificador “capacidad” y las “restricciones en la participación” se califican como “desempeño/realización”.

“El calificador de capacidad describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción. Este constructo tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado. El calificador de desempeño/realización describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual. Como el contexto/entorno actual incluye un contexto/entorno social, el desempeño/realización puede ser también entendido como -el acto de involucrarse en una situación vital- o -la experiencia vivida- de las personas en el contexto real en el que viven” (OMS, 2001, p.15-16).

Siguiendo la terminología utilizada en la CIF, la “capacidad” representa el grado de limitación que tiene un individuo al realizar una acción vinculada a su desenvolvimiento particular, como pueden ser las actividades básicas de la vida diaria. Por el contrario, el calificador “desempeño/realización”, calcula las dificultades que se encuentra la persona a la hora de participar en un contexto social.

La CIF utiliza un ejemplo que nos sirve para esclarecer esta cuestión:

“Un niño diabético tiene una deficiencia en el funcionamiento: el páncreas no funciona adecuadamente para producir insulina. La diabetes se puede controlar con medicación, esto es, con insulina. Cuando la función corporal (niveles de insulina) está bajo control no existen limitaciones en la capacidad asociadas con la deficiencia. Sin embargo, el niño con diabetes es probable que tenga problemas de desempeño/realización en la socialización con amigos o compañeros. Por ejemplo, el problema puede surgir a la hora de comer, puesto que al niño se le ha pedido que no tome azúcar, pues la carencia de alimentos apropiados para él puede constituir una barrera. Por tanto, a pesar de no tener limitaciones en la capacidad, el niño tendrá una disminución de la participación en el entorno a menos que se tomen las medidas adecuadas para garantizar que disponga de comida apropiada” (OMS, 2001, p. 258).

Una persona, debido a sus particularidades individuales, tiene una capacidad que le permite desarrollar una actividad; sin embargo, cuando dicha actividad se realiza en un entorno desfavorable puede que su participación no se desarrolle plenamente debido a las barreras que encuentre al interactuar con los factores contextuales (Conde, 2014).

“Las discapacidades y los funcionamientos se ven como resultados entre condiciones de salud (enfermedades, desórdenes y accidentes) y factores contextuales. Se distinguen también entre factores contextuales externos o ambientales (como actitudes sociales, estructuras legales, etc.) y factores contextuales internos o personales (edad, sexo, nivel educativo, ocupación, etc.)” (Malo, 2007, p. 421).

En este aspecto es donde la CIF (2001) aporta su principal novedad: los factores contextuales como barreras o apoyos para el desenvolvimiento de la persona (Egea y Sarabia, 2001). Nuestras funcionalidades estarían tan condicionadas por nuestra constitución orgánica como por las características del entorno social. Esta nueva apreciación implica la utilización de la dimensión contextual en la construcción del significado de discapacidad. Según explica la CIF (OMS, 2001):

“Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda)” (OMS, 2001, p. 18).

No obstante, como alerta Díaz (2009), en la CIF solo se menciona que existen factores contextuales que pueden tener efecto en el nivel de funcionamiento social pero sin hacer una revisión exhaustiva del tipo de barreras o facilitadores y cómo evaluar el grado en que repercute en la participación del individuo. A pesar de que hace mención a las restricciones en la participación, las define con relación al *individuo discapacitado*, es decir, como limitaciones que un individuo con *deficiencias* experimenta. Se sigue poniendo el peso central de la discapacidad en el componente personal mientras los factores contextuales solamente facilitan o limitan el desempeño de los cuerpos deficientes, diagnosticados con criterios médicos. Por tanto, en la CIF (2001) el entorno constituye un nuevo factor (dis)capacitante que favorece o limita las posibilidades de participación de las personas con diversidad funcional pero, en cambio, no sitúa los factores contextuales como causas que dan origen a la discapacidad.

Así, la CIF termina instaurándose como la norma que dictamina el estado de salud orgánico en la diversidad funcional. Aunque este estándar ahora dependa de las posibilidades de funcionamiento en un entorno dado, dicho desenvolvimiento lo es de un cuerpo clasificado por su “estado de salud”; un cuerpo medicalizado, jerarquizado en sus capacidades funcionales y, por tanto, regulado por el dictamen experto que erige la norma. La salud se convierte en el estado normal y normativamente impuesto como criterio clasificatorio de carácter universal (Rodríguez y Ferreira, 2010). Desde este punto de vista, el concepto de salud se expresa en mayor medida bajo factores individuales o biológicos y no tanto por los determinantes sociales que implican un desplazamiento del foco de atención desde lo personal a lo comunitario (Palomino, Grande y Linares, 2014).

La diversidad funcional se justifica a partir de la insuficiencia derivada de una supuesta constitución biológica imperfecta. Una desviación de la norma médica implica un cuerpo no apto para realizar ciertas funciones que un cuerpo “normal” sí estaría en condiciones de llevar a cabo. “Una lesión en la médula incapacita para andar, una lesión neurológica incapacita para pensar, una lesión en la retina incapacita para ver. La lesión indica el déficit, originario o adquirido, en el sustrato fisiológico que nos constituye corporalmente” (Ferreira, 2010, p. 48-49). La desviación de la norma presupone, automáticamente, una incapacidad para desempeñar actividades y acciones, que los cuerpos ajustados a la norma sí podrían realizar.

Foucault (2001) indica que la construcción de la *anormalidad* lleva implícita el desarrollo de la figura del *normal*, configurándose como binomios contrapuestos. Una imagen del individuo sano, completo, sin fallas, que se constituye como modelo frente a quien no lo es. Se justifica y legitima, de este modo, una división entre lo normal, lo sano, lo esperable y lo anormal, lo patológico y lo diferente (Canguilhem, 1971; Contino, 2013).

4. LA (SITUACIÓN DE) DEPENDENCIA EN LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

La LAAD define la dependencia como:

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Artículo 2. BOE, 15.12.2006).

Como puede interpretarse de esta definición, los desencadenantes de la dependencia tienen un origen de edad, enfermedad o discapacidad con un denominador común: la falta o pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Esta interpretación evoca un marco en el que el estado de dependencia se genera a partir de un deterioro de las funciones corporales, sean físicas o psicológicas, que se consideran normales en los individuos. La noción de dependencia hereda su carga semántica de un estado deficitario y prolongado en el tiempo en el que se encuentran las personas a causa de la edad, la enfermedad o la discapacidad (Díaz, 2010; Contino 2013).

En la LAAD son continuas las referencias a la enfermedad como hecho que caracteriza la dependencia y la diversidad funcional. En la propia exposición de motivos se explicita que la dependencia es causada además de por el envejecimiento:

“(…) por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral” (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, 15.12.2006).

La noción de enfermedad se utiliza para justificar las causas que generan dependencia y/o discapacidad. Específicamente se relacionan, según lo visto hasta el momento, con las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano (Toboso y Arnau, 2008). Con todo ello, la persona con diversidad funcional es representada como un individuo que se encuentra en una situación patológica, en tanto que ese estado se intenta explicar como una circunstancia que no es normal desde un punto de vista biológico o natural (Ferreira, 2007).

Lo “normal” no adquiere un sentido, puramente, de mayoría en términos cuantitativos, puesto que una salud “perfecta” sí sería un hecho anormal según parámetros estadísticos, sino que debe entenderse como una representación de un tipo ideal de funciones corporales (Canguilhem, 1971).

Esta normatividad de la CIF se recoge en la LAAD cuando se redacta textualmente que el baremo para valorar las situaciones de dependencia: “tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud” (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Artículo 27. BOE, 15.12.2006). El diagnóstico social de las situaciones de dependencia está diseñado, según refleja la propia Ley, sobre nociones médicas que proyectan la dependencia como causante de una anomalía física, psíquica o sensorial producida, principalmente, por la enfermedad, la discapacidad o el envejecimiento. Al respecto, la LAAD recoge en el artículo 27 que “La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona” (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Artículo 27. BOE, 15.12.2006). Asimismo, en el procedimiento técnico para la valoración de la dependencia se detalla una recomendación bastante ejemplificante: “se debe tener conocimientos generales sobre las deficiencias permanentes secundarias a distintos procesos de salud y las características generales del funcionamiento en las actividades de la vida diaria de las personas con limitaciones” (Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia). En la valoración de la situación de dependencia el peso que se le otorga a los componentes de la salud, ya sean trastornos, enfermedades u otras causas en las estructuras y funciones corporales que provocan deficiencias, son bastante relevantes. Aspecto que va (re)configurando el enfoque a partir del cual se diagnóstica la situación de dependencia y se articulan las formas de resolver el problema. Como ejemplo, el artículo 21 de la LAAD dedicado a la prevención de las situaciones de dependencia, señala que:

“Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos” (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Artículo 21. BOE, 15.12.2006).

La prevención de la dependencia se vincula con factores individuales relacionados con la enfermedad y la discapacidad, entendida esta última como un desorden e invasión, como algo anómalo que hay que combatir en base a una concepción idealizada de salud, que no solo es normativa sino también inexistente (Rodríguez, 2008). Da igual que las funciones orgánicas del sujeto logren desarrollarse de manera estable aunque diferente. Incluso en los casos en los que semejante desarrollo permita llevar una vida activa, con ciertos apoyos tecnológicos o humanos, prevalece la conciencia de que algo va mal y debe prevenirse o arreglarse (Guzmán, 2012). En este sentido, la identidad social de la discapacidad no se construye solo a partir de la capacidad de realizar actividades normales (por ejemplo desplazarse) sino por tener que acometer esas actividades normales con normalidad (desplazarse sin silla de ruedas). Se trataría de prácticas y representaciones asociadas a la rehabilitación para forzar su funcionalidad hacia los parámetros convencionales, además de educar a la persona psicológicamente para que asuma sus déficits y su condición de discapacitado y dependiente (Ferreira 2010 y 2013).

En estos imaginarios y prácticas institucionales, la problematización de la diversidad funcional se construye a partir de la propia persona sin tener en cuenta que las rectificaciones y las adaptaciones del entorno inciden sobre sus condiciones de existencia. La base de este sustento ideológico, provoca la concepción generalizada de que la diversidad funcional es una responsabilidad personal (Oliver, 1996) produciendo un etiquetaje en el que se favorecería la despolitización y desresponsabilización de lo público en los problemas sociales, tendiendo a convertirlos en problemas de las personas o grupos que lo sufren (Canguilhem, 1971). De esta concepción se naturalizan las diferencias y se puede justificar la desigualdad, poniendo de manifiesto las retóricas que tienden a “culpabilizar” a la persona de su propia situación. Estos aspectos relacionados con cómo se percibe la diversidad funcional añaden, además, las justificaciones por las que las dificultades de integración o normalización se entienden como consecuencias de las carencias individuales de la propia persona afectada (Oliver, 1996; Barnes y Mercer, 2005; Albert, 2006).

5. CONCLUSIONES

Avanzar en un modelo de servicios sociales afín a las nuevas necesidades, demandas y exigencias que conforman los enfoques de derechos humanos nos obliga a desconstruir y reconstruir el conocimiento que se ha ido constituyendo a partir de clasificaciones, estándares, etiquetados, catálogos, grados, categorías etc. (Calderon et al., 2016).

El trabajo social está obligado deontológicamente a cuestionar la realidad en la que se despliega. Intervenir en *lo social* no es solo implementar acciones concretas sino

también reflexionar sobre nuestro propio quehacer. En este sentido se hace necesario interpelar la construcción de la diversidad funcional desde una mirada biomédica que fija su consecuente intervención (¿social?) desde un plano individual y corporal. La literatura especializada recoge que el enfoque de la profesión de trabajo social dirigido hacia la justicia social y la acción comunitaria se está debilitando y reemplazando por el individualismo y las intervenciones terapéuticas (Mattocks, 2017).

La apertura hacia un modelo social nos permite entender y poner el énfasis sobre las estructuras, contextos y políticas que limitan la participación de las personas con diversidad funcional que vulneran sus derechos de ciudadanía. Además, este camino nos conduce a visibilizar la diversidad como condición inherente al ser humano y la interdependencia como cualidad común.

Consideramos que el trabajo social debe desplegar su enorme potencial para generar conocimiento y no solo gestionarlo. Nos referimos a que nuestras intervenciones sociales deben visibilizar a las personas y no cosificarlas de una determinada manera. Personas que al ser nombradas y definidas se convierten en cosas (en ceguera, en parálisis, en síndromes, en dependientes...). La *discapacidad* no puede someter la realidad de una persona puesto que, como hemos visto, no se trata de una característica particular de ciertos individuos. Como colectivo profesional debemos acompañar a las personas con diversidad funcional en la expresión de la *discapacidad* como una realidad fundamentalmente de naturaleza social y cultural (Calderón, 2014).

Para ello debemos abandonar ciertas representaciones sociales de la diversidad funcional y transitar en la lucha hacia el reconocimiento de la dignidad de todas las personas y el ejercicio pleno de los derechos humanos. Nuestro compromiso radica en incorporar las experiencias de las propias personas con diversidad funcional (Planas, 2013) más allá del valor otorgado por los modelos tradicionales de servicios sociales que se amparan en lo normativo, lo normal y en una supuesta homogeneidad de determinados *colectivos vulnerables*.

El análisis de la LAAD tiene que hacerse también en este sentido. Existe un evidente consenso en manifestar que el trabajo social debe estar presente en el proceso de valoración y de atención de las situaciones de dependencia (Ponce de León y Andrés, 2014). Para ello, debemos cuestionarnos el planteamiento ideológico de la LAAD que se posiciona en favor de un supuesto estándar de *normalidad* y, en consecuencia, de individuo (*a*)*normal*. La manifestación de *déficit* debe ponerse sobre los factores contextuales que constituyen las representaciones de dependencia desde un plano social. Dicho de otro modo, nos interesa enfatizar para el trabajo social el peso de las *situaciones* (arquitectónicas, culturales, sociales, políticas, económicas) que limitan la vida independiente de las personas. Desde un enfoque eminentemente social el énfasis de la dependencia no debe situarse en términos de corporalidad sino de sociabilidad. No

tanto en valorar a los individuos sino los factores externos que inciden, esto es, las *situaciones de dependencia*. Sería, siguiendo a Conde (2014) pasar de entender la *dependencia* como un estado de cuerpos enfermos a una situación producida por una sociedad excluyente.

Con todo ello, ser agentes de cambio nos exige transformar la realidad dando un mayor peso a lo comunitario, a las *situaciones de dependencia*. No se trata de negar los aspectos individuales en la atención de la *dependencia* sino de invertir su peso.

El reto que se nos plantea es revalorizar el *entorno* no solo como escenario en el que se desenvuelven las realidades de las personas sino también como escenario que conforma las realidades de las personas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abberley, P. (1987). The concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Disability, Handicap and Society*, 2(1), 5-19.
- Agrela, B. (2006). *Análisis antropológico de las políticas sociales dirigidas a la población inmigrante* (Tesis Doctoral). Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Granada, Granada.
- Agrela, B. (2012). Towards a model of externalisation and denationalisation of care? The role of female migrant care workers for dependent older people in Spain. *European Journal of Social Work*. 15(1), 45-61. Doi: 10.1080/13691457.2011.562009.
- Albert, B. (2006). *In or Out of the Mainstream? Lessons from research on disability and development cooperation*. Leeds: The Disability Press.
- Barnes, C. y Mercer, G. (2005). *The Social Model of Disability-Europe and the Majority World*. Leeds: The Disability Press.
- Barton, L. (Comp.). (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Barton, L. (Coord.). (2008). *Superar las Barreras de la Discapacidad*. Madrid: Morata
- Bynce, Y., Oliver, M., y Barnes, C. (1991). *Equal Rights for Disabled People-The Case for a New Law*. Londres: Institute for Public Policy Research.
- Calderón, I. (2014). *Educación y esperanza en las fronteras de la discapacidad*. Madrid: CERMI.
- Calderon, I., Calderon, J.M., y Rascón, M^a.T. (2016). De la identidad del ser a la pedagogía de la diferencia. *Teoría de la Educación*, 28(1), 45-60. Doi: 10.14201/teoredu20162814560
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Conde, R. (2014). Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis Sociológica*, 18, 155-175.
- Contino, A. M. (2013). El dispositivo de discapacidad. *Revista Tesis Psicología*, 1(8), 174-183.

- Díaz, E. (2009). Reflexiones epistemológicas para una sociología de la discapacidad. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 3(2), 85-99.
- Díaz, E. (2010). Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. *Política y Sociedad*, 47(1), 115-135.
- Egea, C., y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*, 50, 15-30.
- Ferrante, C. (2015). Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado? *Convergencia: Revista de ciencias sociales*, 68, 151-176.
- Ferreira, M.A.V. (2007). Un nuevo concepto para la comprensión de la acción social: la transductividad creativa de las prácticas cotidianas. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 1(1), 1-16.
- Ferreira, M.A.V. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 124, 141-174. Doi: 10.2307/40184909
- Ferreira, M.A.V. (2010). De la minusvalía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 47(1), 45-65.
- Ferreira, M.A.V. (2013). Cuerpo, emociones y crisis: una perversión terapéutica. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 7(2), 5-20.
- Foucault, M. (2001). *Los Anormales*. Madrid: Akal.
- Guzmán, F. (2012). El binomio discapacidad-enfermedad. Un análisis crítico. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(1), 61-71.
- Jiménez, A. (2007). Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes. En De Lorenzo, R. y Cayo, L. (Coord.), *Tratado sobre Discapacidad* (pp.177-205). Madrid: Thomson Aranzadi.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE número 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Malo, M. A. (2007). La definición de la discapacidad en la investigación económica. Una reflexión necesaria sobre qué características debería cumplir. *Estudios de Economía Aplicada*, 25(2), 407- 428.
- Mattocks, N.O. (2017). Social Action among Social Work Practitioners: Examining the Micro-Macro Divide. *Social Work*, 63, 1-13. Doi: 10.03sw/swx057.
- Maynard, B. R., Boutwell, B. B., Vaughn, M. G., Naeger, S., & Dell, N. (2015). Biosocial research in social work journals: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 25, 1-9. Doi: 10.1177/1049731515615678.
- Maynard, B. R., Boutwell, B. B. y Vaughn, M. G. (2016). Advancing the Science of Social Work: The Case for Biosocial Research. *The British Journal of Social Work*, 47(5), 1572-1586. Doi: 10.1093/bjsw/bcw108
- Muyor, J. (2016). *Problematizar la diversidad funcional: Sobre la (de)construcción de la dependencia y el accionar del Trabajo Social. Del contexto local a la mirada global* (Tesis Doctoral). Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Jaén, Jaén.

- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres: Macmillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability. From theory to practice*. Malasia: Palgrave.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: CERMI.
- Palacios, A., y Romañach, J. (2006). *El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Ediciones Diversitas-AIES.
- Palomino, P., Grande, M^a. L., y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *RIS. Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71-91. Doi: 10.3989/ris.2013.02.16
- Planas, M^a. J. (2013). El asistente personal para las personas con diversidad funcional: una herramienta para el cumplimiento de derechos. *Trabajo Social Hoy*, 68. 31-54. Doi: 10.12960/TSH.2013.0002
- Ponce de León, L., y Andrés, S. (2014). Metodología, modelos, técnicas y habilidades del trabajador social durante la valoración de la dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 71, 7-42. Doi: 10.12960/TSH.2014.0001
- Rodríguez, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 2(2), 71-85.
- Rodríguez, S. y Ferreira, M. (2010). Diversidad funcional: Sobre lo normal y sobre lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 28(1), 151-172.
- Toboso, M. (2013). De los discursos actuales sobre la discapacidad en España. *Política y Sociedad*, 50(2), 681-706. Doi:10.5209/rev_POSO.2013.v50.n2.39007.
- Toboso, M. y Arnau, S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 20, 64-94.