

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
SEDE QUITO

CARRERA: PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del título de: PSICÓLOGO

LA CONFIGURACIÓN DE LOS IMAGINARIOS SOBRE DISCAPACIDAD EN LA  
CONSTRUCCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA INCLUSIÓN  
SOCIAL, EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DE LA CIUDAD DE  
QUITO

AUTOR:

RAMIRO VINICIO VACA RODAS

DIRECTOR:

TORRES MEDRANO JAIME PATRICIO

Quito, marzo del 2014

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL  
TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo Ramiro Vinicio Vaca Rodas autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaro que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Quito, marzo del 2014

---

Ramiro Vinicio Vaca Rodas

C.C. 1717597791

## DEDICATORIA

La presente tesis es uno más de los logros que he cumplido con esfuerzo, dedicación y responsabilidad, convirtiéndose en la inspiración y fuerza para los muchos planes y sueños que me quedan aún por alcanzar en el futuro.

Dedico mi tesis.

**A mi padre y madre:** han sido siempre mis guías, mi inspiración para todo lo que quiero realizar, por lo que son la razón de mi vida, los más grandes amigos que puedo tener. Gracias padre por tu paciencia y apoyo, por brindarme los recursos necesarios, por estar a mi lado, por tus consejos, por enseñarme cada día a ser más responsable y dedicado. Gracias madre por tu amor y paciencia, por todos tus cuidados y atenciones, por ser la alegría de mis días, mi confidente; para ustedes todo de mi porque han forjado un hombre, hijo, hermano, nieto, novio, persona y profesional.

**A Johan y Cinthia:** a ustedes hermanos, que son mi orgullo, gracias por ser parte de mi vida, por compartir momentos y aventuras inolvidables, somos tres hermanos, cada uno con diferentes temperamentos, gustos, sueños, pero que en esencia formamos una sola familia, una sola fuerza.

**A Soledad:** A ti princesa por tu constante e incondicional compañía, por tu inagotable apoyo, por tu amor, por dejarme compartir a tu lado mis anhelos, metas, planes, mis logros, esta es la base para todos los proyectos que juntos tenemos trazados.

Con cariño

Vinicio.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a las personas que me ayudaron con las entrevistas en el Hospital Carlos Andrade Marín, como también a todos los funcionarios de las distintas áreas que facilitaron la realización de mi tesis, muchas gracias a ustedes.

Agradezco a mi tutor de tesis Jaime Torres, por haber confiado en mí, por su constante ayuda y paciencia, por haber aportado con sus conocimientos y comentarios durante el proceso de la elaboración de la tesis y por sus atinadas correcciones.

Mil disculpas a las personas que se me están escapando de mis agradecimientos, a cada una de ellas muchas gracias por el ánimo y confianza en cada etapa de mi vida.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
1.1    Nuevos campos de la psicología social.....	5
1.2    La psicología social en lo contemporáneo .....	10
1.3    Psicología social, políticas públicas e imaginario.....	13
1.4    La psicología social y su intervención .....	18
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>20</b>
<b>IMAGINARIO.....</b>	<b>20</b>
2.1    El imaginario.....	20
2.2    ¿Qué es el Imaginario?.....	20
2.3    Cómo se construye el imaginario .....	22
2.4    El imaginario, la institución en la praxis social .....	26
2.5    El imaginario; lo instituido, lo instituyente.....	28
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>34</b>
<b>LA DISCAPACIDAD.....</b>	<b>34</b>
3.1    Aproximaciones hacia los antecedentes de la discapacidad .....	34
3.2    Análisis crítico de la discapacidad en el Ecuador .....	38
3.3    La discapacidad desde el ámbito de la diversidad cultural .....	43
3.4    La discapacidad como discurso, aproximación a un análisis crítico.....	47
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>53</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>53</b>
4.1    El imaginario de la discapacidad en el Hospital Carlos Andrade Marín ...	53
4.2    Políticas públicas.....	59
4.3    Políticas públicas en el Ecuador.....	68
4.4    Análisis de resultados.....	71
4.4.1    Análisis a la Ley Orgánica de Discapacidades .....	71
4.4.1.1    Nivel del relato.....	72
4.4.1.1.1    Ubicación general del relato.....	72
4.4.1.1.2    Estructura narrativa del relato .....	75
4.4.1.1.3    Estructura conceptual del relato .....	80
4.4.1.1.4    Estructura del discurso .....	84
4.4.1.2    Nivel de contexto .....	88
4.4.1.3    Nivel de la ideología .....	92

**CONCLUSIONES.....96**  
**RECOMENDACIONES.....98**  
**LISTA DE REFERENCIAS .....100**  
**ANEXOS .....103**

## ÍNDICE DE ANEXOS

A. M. Paciente en situación de discapacidad, área de rehabilitación física H.CAM. Anexo 9.....	117
C. M. D. Profesional del área de trabajo social, departamento de calificación médica H.CAM. Anexo 4.....	109
G. P. Persona en situación de discapacidad, Dra. Del departamento de urología H.CAM. Anexo 6.....	114
G,T. Paciente en situación de discapacidad, área de rehabilitación física H.CAM. Anexo 7.....	115
M. X. Profesional del área de calificación médica H.CAM. Anexo 2.....	106
M. R. Coordinadora de relaciones públicas HCAM. Anexo 10.....	118
O. A. Profesional del área de calificación médica H.CAM. Anexo 1.....	104
R. A. Profesional del área de salud mental H.CAM. Anexo 3.....	107
P. J. Paciente en situación de discapacidad, área de rehabilitación física H.CAM. Anexo 8.....	116
T. V. Jefa de Relaciones Públicas del HCAM. Anexo 11.....	120
V. R. Profesional de salud mental HCAM. Anexo 5.....	112

## **RESUMEN**

La tesis que se presenta tiene como objetivo principal analizar los discursos de la discapacidad en la construcción de políticas públicas para la inclusión social de las personas en situación de discapacidad, es decir, conocer los discursos e imaginario que circulan en el Hospital Carlos Andrade Marín (H.CAM), por lo tanto, puntualizar el enfoque que maneja el H.CAM, el protocolo que opera en el hospital para la atención a las discapacidades.

El presente trabajo analizará la mirada narrativa de la política pública con respecto al enfoque de los discursos de la discapacidad. Es importante porque el trabajo académico sugerirá nuevas perspectivas de pensamiento sobre la discapacidad, para que de esta forma se integre la funcionalidad de las instituciones de poder, es decir, ¿cómo se piensa la discapacidad? desde el punto de vista del imaginario social.

Además se realizará un análisis discursivo sobre la construcción de las políticas públicas y como esta ha influido para la inclusión social de las personas con discapacidad en el Hospital Carlos Andrade Marín. Por este sentido es de vital importancia hacer un análisis del discurso para poder conocer las percepciones de las personas en cuanto a la discapacidad, y así evidenciar si existe una verdadera inclusión social a las personas con discapacidad.

Hay que tomar en cuenta que el papel del imaginario en las prácticas sociales es fundamental, ayuda a la construcción cognitiva y de comportamiento en los individuos. Por este motivo se toma en cuenta las significaciones imaginarias de los individuos, ello permite que el sujeto social establezca nuevas miradas, percepciones que de uno u otra forma manifiesta como se van construyendo el imaginario a partir de las representaciones que tienen los sujetos de la sociedad.



## **ABSTRACT**

The principal objective of this project is to analyze the themes, speeches, about physical-mental disability for the building of public policy to the social incorporation for the people with this problem in the H.CAM, and the steps to follow in this cases.

This paper will analyze the gaze narrative of public policy with regard to the approach of the speeches of the disability, It is important because the academic work will suggest new perspectives of thinking about disability, that in this way it will integrate the functionality of the institutions of power, that is to say ¿ How do you think about disability? from the point of view of the social imaginary.

In addition there will be a discursive analysis on the construction of public policy and how it has influenced the social inclusion of people with disabilities in the Carlos Andrade Marin Hospital. In this sense it is of vital importance to make an analysis of the discourse in order to understand the perceptions of individuals with regard to disability, and so reveal if there is a real social inclusion for people with disabilities.

It is considered the role of the imaginary in the social practices is essential, to aid the construction of cognitive and behavior in individuals.

For this reason we take into account the imaginary meanings of individuals, this allows the social subject set new visions, perceptions of one form or another manifests itself as they are building the imaginary from the representations that are the subject of the society.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el modelo de atención del Hospital Carlos Andrade Marín (H.CAM) hacia la discapacidad se centra en la enfermedad como tal, es decir, responde a las necesidades de un discurso científico, generando malestares sociales porque no se garantiza los derechos de las personas en situación de discapacidad, en otras palabras, no se satisface sus necesidades y expectativas de salud.

Todas las percepciones que han construido discursos, han definido a la discapacidad como factor de inferioridad de condiciones, dichas percepciones han dejado de lado los derechos que tienen las personas con discapacidad. Es por eso que en la actualidad al momento de referirnos a una persona con discapacidad, se tiene una carga ideológica de “enfermo o incapacitado”.

Consecuentemente se sigue construyendo un imaginario social de hegemonía hacia la persona con discapacidad, generando discursos de clase en donde se ubica a la discapacidad en una situación discapacitante, esto conlleva a la exclusión social de la discapacidad.

Es así que la estrategia de investigación propone el llevar a cabo una perspectiva metodológica de enfoque cualitativo, lo que implica trabajar con personas que forman parte de las áreas del hospital que califican las discapacidades. Es importante tratar con dichas personas, pues son un grupo que comprenden una posición social específica ya sea para legitimar dicho lugar social; para sustentarlo o para cuestionar dichas posiciones sociales.

Además el estudio cualitativo analizará la mirada de la política pública con respecto al enfoque de los discursos de la discapacidad en el H.CAM. El trabajo académico sugerirá nuevas perspectivas de pensamiento sobre la discapacidad, para que de esta forma se integre la funcionalidad de la persona en situación de discapacidad en las instituciones de poder, es decir, conformar una nueva manera de repensar la discapacidad, desde las políticas de inclusión, por lo tanto, internalizando prácticas sociales en donde el

imaginario social de los funcionarios del H.CAM facilite procesos de edificación y democratización de la discapacidad como diversidad cultural de nuestra sociedad.

Se plantea un marco referencial en el primer capítulo que permite entender el actuar de la psicología social a partir de nuevos elementos y construcciones que han permitido el entendimiento de los discursos desde los diferentes puntos de vista, ya sea desde lo histórico, político y sociológico. Además en el Capítulo I se detalla los nuevos campos de la psicología social, sus orígenes, la importancia en el desarrollo de cada sociedad, su intervención en la comprensión de los imaginarios socio-políticos para la formulación de políticas públicas.

En este marco, el segundo capítulo, enmarca el campo de investigación del imaginario desde lo simbólico y lingüístico, como representación discursiva de los sujetos. Además se entiende al imaginario desde las prácticas sociales instituidas por parte de las instituciones y como el imaginario instituido a presupuesto narrativas discriminatorias hacia las personas con discapacidad.

Este capítulo presenta un marco teórico y conceptual de lo que significa el imaginario, su construcción social y política desde Cornelius Castoriadis. Además la importancia de la representación institucional (Estado) en el imaginario del sujeto para la edificación de las prácticas sociales.

El Capítulo III abarca las aproximaciones a los antecedentes de la discapacidad, un análisis en las diferentes épocas, reflejando discursos hegemónicos hacia el tema de diversidad cultural, develando imaginarios que no reconocen los derechos de la persona en situación de discapacidad, por tanto, produciendo exclusión social.

Es así que en el tercer capítulo, se realiza un análisis crítico de los imaginarios instituidos. Por esta razón se da énfasis en el discurso como el espacio a través del cual las personas construyen, transforman y reproducen las relaciones sociales, por ende permitirá develar las relaciones de poder y su estructura, el pensamiento social, el conocimiento del sentido común, la hegemonía hacia las personas en situación de discapacidad.

Esto conlleva que el capítulo IV, se realiza el análisis del imaginario a través de los componentes que presenta Rodrigo Mendizábal en el análisis de discurso social y político de Van Dijk, este permite describir y conocer las percepciones y el enfoque que maneja el hospital para la formulación de políticas públicas sobre discapacidad, tomando en cuenta el discurso bio-médico que maneja el H.CAM, con ello, se interpreta los elementos discursivos, contextuales e ideológicos del imaginario del hospital a través de entrevistas, ello afirma la jerarquización social que desarrolla el discurso científico a través de la enunciación de la ley.

De igual manera el cuarto capítulo, analiza el marco de la Ley Orgánica de Discapacidades, se supone que los servicios del Estado deberían garantizar la atención como también la participación de las personas con discapacidad, de esta forma las políticas de poder pasan a ser parte de la construcción social de los sujetos. Se va detallando en la Ley prácticas sociales que excluye a las personas en situación de discapacidad, conllevando percepciones de hegemonía que no admite una internalización hacia los derechos de las personas con discapacidad, por tanto, se observa que no hay reconocimiento a la diferencia por parte del Estado.

La propuesta para diseñar programas de internalización y democratización hacia y para las personas en situación de discapacidad se desarrolla el tema del imaginario del Hospital Carlos Andrade Marín, mismo que está dirigido hacia la participación-rehabilitación del sujeto con discapacidad. Se toma en cuenta la ideología de los funcionarios del H.CAM, analizando los imaginarios que existen en las diferentes áreas del servicio hospitalario. Finalmente se pone en consideración las conclusiones y recomendaciones que son producto del desarrollo de este proyecto.

Por dicha situación surge la necesidad de investigar el imaginario y el discurso que se establece en el Hospital Carlos Andrade Marín en cuanto a las personas en situación de discapacidad para poder verificar discursos exclusivos.

Es probable que no se encuentre explícitas en el discurso ciudadano, pero si explícitas en la prácticas sociales, por lo tanto en dicho discurso, moldeadas por un inconsciente colectivo y motivadas por el imaginario social que obedece a su vez como un sistema de representaciones que permiten también tener determinada lectura de la realidad y en este caso de la discapacidad en el H.CAM.

Se puntualiza y revela que el discurso generacional hacia las personas en situación de discapacidad se mantiene en lo contemporáneo, es cierto que habido un cambio al momento de “atender” y asistir a la persona con discapacidad, es decir, se está dando un “mejor” servicio a dichas personas, pero esta condición de política de asistencia y beneficencia crea nuevas ideologías de poder, está presente los derechos de las personas en situación de discapacidad, pero se vive otras realidades que evidencia nuevas formas de exclusión, por lo tanto, el H.CAM revela políticas de asistencia y no de rehabilitación-participación socio-cultural como lo indica la ley.

En este sentido el presente trabajo analizará la narrativa de la política pública con respecto de la discapacidad. Las preguntas que direccionan la pesquisa: ¿Cuál es el imaginario que circula en la política pública sobre discapacidad? ¿Cuál es el enfoque sobre discapacidad que maneja el Hospital Carlos Andrade Marín?.

Estas interrogantes se proponen considerando que el discurso devela las percepciones de las personas, sus ideologías, es decir, permite conocer el imaginario que se tiene hacia las personas con discapacidad.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Nuevos campos de la psicología social

Se podría decir que el ámbito de la psicología ha sido importante en el desarrollo de cada sociedad, la psicología ha permitido conocer e investigar factores del comportamiento, en donde el individuo es el principal protagonista de su existencia.

Entre el año de 1920 John Watson presenta sus primeros trabajos sobre el conductismo en donde “expone modelos explicativos de la psicología y al mismo tiempo hace un reformulación de los conceptos de la psicología mentalista”. Hay que tomar en cuenta que este modelo teórico ayudo a “entender el comportamiento del individuo”, pero desde una perspectiva conductual.

Alrededor de 1920 se terminó imponiendo un criterio epistemológico más afín con el positivismo, el cual postula las entidades interiores de cada sujeto y su comportamiento. “El conductismo propuso minimizar el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, sustituyéndolo por el estudio objetivo de los comportamientos de los individuos en relación con el medio, mediante métodos experimentales” (Bonano, 2000, pág. 53).

En la época de los “20” con la aparición de la Escuela de Chicago con Willians James, esta corriente incrementa el interés en el desarrollo de la sociedad, “aboga por el compromiso de la ciencia con la solución de los problemas sociales”. Es por esto, que la Escuela de Chicago da fuerza a la comunicación como un hecho social comunicativo, mostrando énfasis por la opinión pública.

No se puede dejar de lado que la Escuela de Chicago “se interesan por los problemas que han surgido como consecuencia de la industrialización y de los procesos de

inmigración en ciudades de rápido y turbulento crecimiento, como Chicago y Nueva York” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 8).

Para el año de 1923, surge la Escuela de Frankfurt, dicha escuela sintetizó la filosofía y teoría social para desarrollar una teoría crítica de la sociedad contemporánea, generando crítica a la realidad social existente de sujeto, así, se desarrolla la teoría crítica. Además la Escuela de Frankfurt desarrolla estudios interdisciplinarios para contribuir una “visión crítica” de la sociedad. Los intelectuales de dicha Escuela señalan que esta teoría se sitúa en el “estudio del fenómeno del autoritarismo en la sociedad moderna. Según los teóricos sociales el autoritarismo es el fenómeno cultural global que busca la disolución en la subjetividad humana, es decir, la instrumentalización del yo” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 15).

La Escuela de Frankfurt nace después de la primera guerra mundial (1914-1918), ayudó a mucha gente a darse cuenta del mal estado de salud mental de la sociedad, posterior a la catástrofe de la guerra., pero en la segunda guerra mundial (1939-1945) la Escuela de Frankfurt “pierde influencia en los sujetos”, por las catástrofes de los individuos ante la sociedad.

Se podría decir que en 1933 se da origen a la etapa dorada de la psicología social, Kurt Lewin fomenta un contexto sociopolítico más liberal, proponiendo la creación de dispositivos en el ámbito de las experiencias que posibiliten en cambio social. “Lewin defiende la necesidad de construir una psicología social humanista orientada en la acción” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 11). A partir de dicha etapa se origina toda una línea de trabajo e ideas las cuales se dirigían a las potencialidades del grupo y de los procesos de transformación social.

“En 1938/39 Lippitt y White estructuran la experiencia de los climas sociales, de la cual emerge la ya clásica tipología de liderazgos que llevó sostener las ventajas de la democracia sobre la autocracia y proponer la acción social a través de la acción de grupo” (Bonano, 2000, pág. 56). Desde esta perspectiva hay una reproducción de

procedimiento propios de la psicología social en todos los espacios de acción social, transformando las estructuras propias del dominio histórico-social, la cuales implican dificultades para el cuestionamiento de la sociedad.

Por su parte Georges Mead postuló una teoría llamada interaccionismo simbólico, “el yo se construye en etapas que van del juego no reglado al juego con reglas, en el que cada sujeto va asumiendo el papel del otro, sin que se trate de pura imitación” (Bonano, 2000, pág. 54). En ese proceso de interacción con los otros, permite aprender los roles y papeles de los otros, de esta forma se va construyendo el yo. “El interaccionismo simbólico, como realza el propio Mead, se basa la idea de que la interacción humana está mediatizada por el uso de símbolos y por la interpretación del significado de las acciones de los demás” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 12)

Se puede decir que el interaccionismo simbólico se refiere a los significados que surgen de manera natural por la observación y el entendimiento de la vida cotidiana, es así que la sociedad siempre desarrolla sus propios símbolos, que lo identifican de las demás.

Osvaldo Bonano toma en cuenta la polémica que mantiene Kurt Lewin (1940) con el atomismo de las sensaciones y percepciones, “mencionó que lo importante es el modo como se organiza las experiencias, las unidades elementales, es decir, encontrar las unidades más pequeñas y simples que pueda tener cada objeto” (Bonano, 2000, pág. 53).

El inicio académico de la Psicología Social en América Latina puede fijarse la mayor parte en la década del “50”, surgiendo conjuntamente con la creación de las Escuelas de Psicología y con el reconocimiento de la necesidad social. En lo que corresponde a la psicología social diríamos que se ha convertido en una propuesta innovadora en América Latina puesto que recoge nuevos elementos y a su vez proporciona nuevas herramientas tomando en cuenta lo histórico y político. Además no se puede dejar de lado que es de suma importancia el estudio de los vínculos sociales y de las distintas formas de relacionarse que puede tener una comunidad.



En 1950 y comienzos de 1960, la psicología social toma una línea que se preocupa por el desenvolvimiento del individuo posterior a la segunda guerra mundial. Al término de la segunda guerra mundial se hizo evidente el antagonismo político, ideológico y económico entre EEUU y URSS. La incapacidad de estas naciones para cooperar y realizar las políticas negociadas. Es así que al acabar la Segunda Guerra Mundial da inicio a la llamada psicología de la desconfianza, Estados Unidos temía que URSS sacase ventaja de Europa y Asia y las sometiese variando así su mercado internacional y por su parte la URSS también temía que EEUU saque provecho de sus aliados en Europa occidental y de los países subordinados en el continente americano, así ambas estaban en permanente tensión.

Si bien estos enfrentamientos no llegaron a desencadenar una guerra mundial, la entidad y la gravedad de los conflictos económicos, políticos e ideológicos, que se comprometieron, marcaron significativamente gran parte de la historia de la segunda mitad del siglo XX. Las dos superpotencias ciertamente deseaban implantar su modelo de gobierno en todo el mundo.

La psicología social de los años sesenta se preocupa particularmente por los procesos de atribución; por conocer cómo las personas construyen sus inferencias causales y por cómo esas inferencias constituyen mecanismos cognitivos centrales para la comprensión del comportamiento (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 18).

Pero no hay que dejar de lado que la “guerra fría” alteró profundamente el tejido social, económico y político de las naciones implicadas. Así en la década de los “60” nace el humanismo como parte del movimiento cultural en USA, involucrando planteamientos como la política y el movimiento social. Además Osvaldo Bonano señala que Moscovici propuso en los años ‘60 un enfoque singular de la psicología social, la cual debía poner en juego tres términos a la que le llamó “posición ternaria”:

Si el individuo se representa un triángulo, en uno de sus ángulos está el ego (el sujeto, la posición marcada como yo) y en el otro, el objeto que es cualquier dimensión de lo social con la cual el yo tiene que relacionarse. Pero siempre va a ver un tercer término, al que lo llama alter ego o sujeto social, este tercer término de mediación va a estar presente la dimensión colectiva o social que en las ideas de Moscovici son las representaciones sociales. (Bonano, 2000, pág. 62)

A mediados de 1960 y 1970 la psicología social estaba más interesada en la forma como el individuo percibe e interpreta los hechos sociales. Así a mitad de los años setenta toma fuerza el modelo conductual-comunitario. La complementariedad entre la psicología comunitaria y el enfoque conductual permitió superar ciertas limitaciones que cada una de estas disciplinas presenta por separado. Dicho modelo posibilita ampliar el campo social, tomando en cuenta que se pasa de un modelo individual a otro social en el cual el interés está en la prevención (promoción de la salud y de la normalidad) más que en la rehabilitación o tratamiento.

Desde esta perspectiva el modelo de cambio social se podría decir que se encuentra particularmente ligado a la psicología social comunitaria latinoamericana. Así, mientras que en Estados Unidos y Europa, la psicología social surge como negación del modelo clínico-médico, en Latinoamérica nace en los años setenta a partir de una corriente crítica (Montero, 1994).

Ya en los años de 1970 hasta mediados de los ´80 la psicología social toma fuerza desde el contexto de Ignacio Martín Baró dando un giro de interés en la forma en que percibimos y comprendemos la interacción con los otros, es decir, como los sujetos organizamos e interpretamos los acontecimientos. Además no se puede dejar de lado la importancia de la cultura, en el comportamiento individual y como éste se manifiesta en la sociedad. Es desde allí, donde Ignacio Martín Baró como psicólogo y sacerdote, construye una nueva forma de hacer psicología social, una psicología que reconoce el significado y valor que tiene la ideología sobre las acciones humanas, y como la ideología influye en la estructura social dominante.

Pero hay que destacar que la psicología social es producto del siglo XX, su mayor contribución está en occidente (norteamérica). Es por esto que se la ha moldeado desde los acontecimientos mundiales como asuntos políticos y sociales. La psicología social es una disciplina propia de épocas de crisis y de cambios, tiene sus raíces en los acontecimientos sociales, es decir, su origen está en las catástrofes sociales “la psicología social consiste en intervenir en campos de problemas con la direccionalidad de introducir transformaciones, y producir pensamiento bajo la orientación de pensar las prácticas” (Bonano, 2000, pág. 60).

Esa así que la definición más global de psicología social menciona que:

Estudia pues al comportamiento humano en la medida en que es significado y valorado, y esta significación y valoración vinculada a la persona con una sociedad concreta. Se trata de encontrar las referencias concretas entre cada acción y cada sociedad. En definitiva, la psicología social es una ciencia bisagra, cuyo objetivo es mostrar la conexión entre dos estructuras; la estructura personal (la personalidad humana, y su consiguiente que hacer concreto) y la estructura social (cada sociedad o grupo social específico). En otros términos la psicología social pretende examinar la doble realidad de la persona en cuanto actuación y concreción de una sociedad, y de la sociedad en cuanto totalidad de las personas y sus relaciones. La psicología social examina ese momento en que lo social se convierte en personal y lo personal en social, ya sea que ese momento tenga carácter individual o grupal, es decir, que la acción corresponda a un individuo o a todo un grupo. (Baró, 1988, págs. 16-17)

## **1.2 La psicología social en lo contemporáneo**

Al comenzar el siglo XXI la psicología social comienza a tomar más fuerza en función de las diversas áreas en donde se realiza la investigación relacionada a la práctica sociocomunitaria, “el verdadero cambio se produce cuando la comunidad alcanza el grado de desarrollo y autonomía necesarios para mantener y llevar a cabo sus procesos de transformación sin la mediación de la acción profesional” (Montero, 1994, pág. 67). En definitiva a lo que se refiere Maritza Montero es que el cambio social sitúa a las personas en desarrollo y se concentra en sus necesidades y potencialidades. En el marco de la psicología socio-comunitaria, se presentan estrategias desde la cuales se hace posible el autodesarrollo y autogestión de la comunidad, es decir, se trata de una estrategia para alcanzar una redistribución del poder en la comunidad.

Se podría decir que el interés principal de la psicología social-comunitaria está en la construcción de una realidad social orientada hacia la igualdad y participación social, para ello es necesario que la comunidad se dé cuenta de sí misma, es decir, de sus necesidades y situaciones reales, con el fin de involucrar estrategias que permitan un desarrollo social. En este sentido, se considera que la psicología social-comunitaria representa la conciencia social, es decir, se interesa por superar la desigualdad, el

desamparo y la falta de participación, vinculado a orientaciones sociopolíticas comprometidas con la desigualdad y los grupos sociales más desfavorecidos.

La función de la psicología esta en el “campo de la salud, cuya inserción debería cumplir todos los ámbitos de los sistemas de servicio de salud y de estructuras de gobierno de área” (Lellis, Álvares, Rosseto, & Saforcada, 2004, pág. 20). Es decir, la psicología debe tener relevancia dentro de servicios de salud (neurología, cardiología, etc), sin dejar de lado las instancias políticas que son parte del proceso de planificación para el pleno funcionamiento del sistema social. No se puede dejar de lado que la psicología social ha ido teniendo una perspectiva metodológica fundamentada en la salud mental, dirigida a la comunidad como tal, con intervenciones en los sistemas sociales como en los grupos pequeños. Hay que tomar en cuenta que la psicología social se distingue de las demás ciencias sociales, se enfoca en la psiquis del sujeto, es decir, hace hincapié en el comportamiento del individuo dentro del contexto grupal, es aquí donde entra en juego la parte social-comunitaria de los actores sociales. Desde esta perspectiva el psicólogo social analiza los factores sociales que afectan los pensamientos, emociones, valores de la gente.

La psicología social comunitaria adopta, la utilización de una metodología cualitativa para comprender la conducta humana a partir del marco de referencia de los actores implicados. De esta forma cada persona define y orienta su conducta a partir de las acciones de los demás, de modo que la vida en grupo, implica un proceso continuo de interrelaciones.

Por otra parte, un problema de la acción social-comunitaria en la sociedad moderna tiene que ver con la colonización del mundo, de las ideas por parte del Estado que penetra con medios económicos y burocráticos en la reproducción simbólica de la sociedad, es decir, se sustituye el entendimiento lingüístico por los supuestos teóricos (protocolos políticos), generando conflictos en la vida social (representaciones sociales). Es importante comprender la posición social específica ya sea para legitimar dicho lugar social, para sustentarlo o para cuestionar dichas posiciones sociales.

Se toma en cuenta las representaciones sociales de Moscovici quien las define como:

Un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida diaria, en el curso de la comunicación interindividual. Son equivalentes, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; podría decirse que son la versión contemporánea del sentido común. (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 23)

Es así que la psicología social tiene que ver con la reconstrucción del paradigma de las ciencias naturales en las ciencias sociales, es decir, la psicología social ha tomado en cuenta la realidad del individuo desde el punto de vista de las prácticas discursivas, generando una neutralidad del lenguaje y postulando una dinámica en el conocimiento individual (enfoque comunitario) para la construcción social. Así "la psicología social contemporánea dedica mucha atención a los procesos de sumisión, obediencia y conformismo, de manera análoga como la ideología se interesa por las formas de actuar el dominio social y reproducir el sistema establecido" (Baró, 1988, pág. 19).

Por esta razón la psicología social se relaciona con ciencias como la historia, la política, con disciplinas relacionadas con las instituciones, desarrollándose una serie de relaciones con las cuales se identifica la sociedad. La psicología social desde sus orígenes se basó en las relaciones sociales y políticas, lo que demuestra que la psicología social influye y nos "ayuda a comprender los fenómenos políticos" (resolución de conflictos).

Moscovici menciona la diferencia de la Psicología Social con otras disciplinas:

La psicología social se diferencia por su visión psicosocial que implica una lectura ternaria de los hechos y las relaciones. Esta visión incorpora las mediaciones – facilitación social y/o influencia- en las relaciones del sujeto social en la realidad y postula que la Psicología Social se ocupa de los fenómenos de la ideología y de los fenómenos de la comunicación, es decir, a esta presencia de los otros en la vida humana mediada por las significaciones sociales. (Correa, 2009, pág. 6)

Esta definición permite entender que el campo de esta disciplina contempla la relación funcional entre individuo y ambiente social, generando distintas formas de comprensión alrededor de las representaciones históricas del sujeto. Pero además la Psicología Social busca un nuevo paradigma, y de hecho se inserta en dar respuesta a los problemas que

reconoce el carácter histórico, planteando una apertura metodológica, en el sentido de aceptar métodos alternativos y una diferente relación entre quien investiga y su objeto de investigación. Desde este sentido reconoce el carácter dinámico y dialéctico de la realidad social de cada individuo, sus perspectivas políticas y sociales expresadas a través de los imaginarios lingüísticos.

De esta forma la psicología social se involucra en el campo científico, la forma en que las personas piensan, influyen y se relacionan con los demás, tomando en cuenta aspectos sociales en la vida de cada persona. Además se puede decir que la psicología social es el estudio científico del pensamiento social (como nos percibimos, juicios, actitudes), influencia social (cultura) y de las relaciones sociales (prejuicios, comportamiento).

En definitiva, la psicología social-comunitaria insiste en el carácter preventivo, pone de relieve la importancia de los mediadores psicológicos y situacionales psicosociales que permiten reducir el impacto del malestar, evitando así posibles respuestas patológicas asociadas a una reacción desadaptativa.

De esta manera se puede mencionar que la psicología social-comunitaria surge a partir de las demandas y déficits de una realidad social, política y cultural de un individuo tomando en cuenta la intervención e ideología impuesta en los contextos de cada persona.

### **1.3 Psicología social, políticas públicas e imaginario**

La Psicología Social se ha venido consolidando gracias a la dinámica entre individuo y sociedad, como respuesta frente a los problemas de las interacciones personales en los diversos contextos sociales que se puede desenvolver un individuo. Por este motivo se puede decir que la psicología social abarca un marco político que se desprende de las perspectivas individuales y sociales que se han ido construyendo desde el campo de las políticas públicas.

Las políticas públicas han sido entendidas desde la psicología social, sobre todo en un sentido inherente de justicia, que se forma como parte de la construcción social que se genera a partir de valores compartidos a nivel social y por normas colectivas que suelen orientar la conducta humana hacia el bienestar común.

Así uno de los aspectos primordiales de la psicología social sería humanizar las políticas desde el accionar político, es decir, la participación de las personas en el poder legislativo (derechos y toma de decisiones). Pero se debe tomar en cuenta que el accionar político pueden ser entendido desde las prácticas sociales, desde los imaginarios de los individuos, desde sus significaciones las cuales crean un mundo propio en donde el individuo fortalece su comunidad y desarrollo social para poder intervenir como ente político y así contribuir al desarrollo científico y al desarrollo humano. “Las significaciones imaginarias sociales crean un mundo propio para la sociedad considerada, son en realidad ese mundo: conforman la psique y los individuos. Crean así una representación del mundo, incluida la sociedad misma y su lugar en ese mundo” (Castoriadis, 1999, pág. 9).

La psicología social se enfatiza por comprender la cultura del entorno de la persona para entender su conducta y sus vivencias, desde el punto de vista de los imaginarios (creencias, ideologías, representaciones) de las personas.

De este modo la psicología social comunitaria fortalece el cambio sociocultural, es decir, se interesa por los factores psicosociales los cuales permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder que los sujetos puede ejercer sobre el ambiente individual y social, para solucionar problemas que son manifestados en la estructura social, dicho malestar es entendido desde los imaginarios, los cuales son comprendidos desde los modelos teóricos, que son las políticas públicas, logrando cambios en los ambientes sociales y culturales.

No se puede dejar de lado al discurso como uno de los nuevos campos de la psicología social, pues este “se vincula principalmente en el campo de la psicología social, como su nombre lo indica esta teoría posmodernista más radical se interesa en particular por el

análisis del lenguaje y por las prácticas discursivas de los agentes sociales” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 23).

La psicología social “constituye tal vez la herramienta más persuasiva para conseguir moldear actitudes, es decir, forma de pensar, sentir y actuar” (Manzano, 2005, pág. 2). Dicha definición permite construir realidad a través del ejercicio de poder el cual busca modificar la conducta de las personas desde las relaciones de poder que se obtiene de los imaginarios (experiencias, vivencias) de las personas, construyendo de esta forma el proceso de sociabilización.

Se podría decir que la Psicología social se desarrolla desde la intervención social, tomando en cuenta el entorno en el que se desenvuelve el individuo, es decir, desde el contexto jurídico y político, que está orientado hacia las prácticas lingüísticas las cuales promueven y mantienen las relaciones sociales caracterizadas en las políticas públicas.

Por esta razón, se ha propuesto un modelo de intervención psicosocial comunitaria como una herramienta técnico-práctica que orienta el trabajo psicosocial hacia la construcción de lo comunitario, para potenciar la capacidad de intervención. (Musitu Gonzalo, 2009).

Es importante señalar que la psicología social intenta descubrir las leyes por las que se rige en la convivencia, es decir, explica el comportamiento de las personas desde el ámbito político (roles y toma de decisiones), adoptando una dinámica dentro de las políticas públicas, la cual permite la participación política del sujeto. En definitiva uno de los nuevos campos con los que trabaja la psicología social son las políticas públicas, ellas permiten identificar el desorden social a través del malestar individual y colectivo, para satisfacer las necesidades sociales de la comunidad.

Además la psicología social toma en cuenta las interacciones (relación con el otro) que tiene los individuos, es decir, abarca los imaginarios, los cuales se podría decir que conforman la psique de los sujetos, dichos imaginarios crean representaciones para facilitar la intervención de los derechos públicos (entender relaciones causa-efecto).

La psicología social comunitaria latinoamericana insiste, de hecho, en su modelo sociocomunitario, tomando en cuenta a las políticas públicas para el entendimiento del



mismo, y los factores ideológicos como ente importante para la construcción social (imaginarios).

De este modo se puede decir que en la psicología social surgen dos factores fundamentales:

El primero es el interés en el individuo como participante social y el segundo es la importancia a los procesos de influencia social (conflictos grupales, políticos, ideológicos), interesa los efectos que un individuo ejerce sobre los grupos y los efectos que, a su vez los grupos ejercen sobre él. (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 43)

Es así que las relaciones y las interacciones influyen en la sociabilización del individuo, es por esto que dé inicio el individuo se encuentra en proceso consigo mismo, de convertirse como persona, generando así relación con los demás y permitiendo situaciones concretas de sociabilidad (reconocimiento al otro).

Otra área considerable que tiene que ver con la psicología social son los factores sociales desde el punto de vista de los procesos psicológicos en donde el lenguaje, comunicación, la cognición son elementos de sumo interés para el cambio de actitud de la sociedad. “El área de la cognición social es en la actualidad uno de los elementos más complejos pues en ella se estudian fenómenos muy difíciles, lo cuales no nos permiten encontrar un bien común entre sujetos” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 64). Es decir, se hace referencia al conocimiento que tenemos las personas sobre nosotros mismos y sobre los demás seres humanos (imaginario social).

Por este motivo los psicólogos sociales se han ido interesando por el papel de las políticas públicas y cómo influyen en la organización y el funcionamiento de la sociedad, promoviendo la transformación del entorno social para reajustar sus funciones y dar un espacio a todos sus miembros en función de la integración. Estos cambios pueden derivar en una reorganización, asumiendo nuevos roles y mejorando el imaginario de cada individuo, y así esto permita la búsqueda de la salud, en tanto del equilibrio social.

Por esta razón se ha determinado la importancia de las políticas públicas, que nos permite entender el desarrollo desigual que existe en los individuos, ya sea desde el punto de vista social, político, económico, ideológico. Además las políticas públicas incluyen una acción comunitaria para promover el desarrollo de potencialidades apoyando y coordinando procesos de desarrollo desde lo individual, familiar, comunitario e institucional.

Así la importancia de las políticas públicas en la intervención comunitaria señala que:

De esta forma la psicología social utiliza las políticas públicas para asumir el interés público desde una perspectiva que norma las acciones sociales y en beneficio de la sociedad sin acercarse a la política como tal. Por lo tanto es inevitable que al momento de hablar de políticas públicas se toma una convención social y lingüística que permite entender el ámbito democrático como forma de expresar acción e intenciones, que facilite comprender las redes jerárquicas que se establece en la sociedad. (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 216)

Desde la Psicología Social Comunitaria, y la inserción de las políticas públicas se indaga situaciones de vulnerabilidad psicosocial en sectores de conflicto, generando oportunidades para el acceso de los derechos de la sociedad. Desde este punto de vista la psicología social desarrolla destrezas que aporta al comportamiento del sujeto en el entorno social, cultural y político, generando conocimiento individual para lograr un cambio social-comunitario.

Por este motivo no se ha ignorado el trabajo que realiza la psicología social ligada a las políticas públicas, las cuales desarrollan el reconocimiento social desde el la influencia de la institución como tal, que emerge desde la práctica políticas y de los significados sociales de cada individuo. Por eso es importante abarcar el imaginario social, es decir, las distintas significaciones sociales, posiciones ideológicas de los sujetos, las cuales siempre están presentes en la psicología social como un factor fundamental para la explicación de los comportamientos de los individuos en la sociedad.

## 1.4 La psicología social y su intervención

Se toma como referencia la convivencia en los escenarios de la intervención psicosocial comunitaria que:

El enfoque de intervención psicosocial comunitaria reconoce la construcción social del sujeto desde las realidades individuales de la persona, esto permite tener una ubicación en la estructura social, generando una intervención más crítica a partir de lo real (experiencias vividas), de esta forma se genera una perspectiva de interacción grupal y comunitaria. (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 220)

La panorámica histórica de la psicología social se complementa en la actualidad con el “análisis basado en el comportamiento interpersonal y de la influencia de las distintas disciplinas en donde se posibilita un efecto real para la construcción social (influencia-interacción-relación” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 28).

Cada persona define y orienta su conducta a partir de las acciones de los demás, de modo que la interacción social, implica un proceso continuo de definiciones, las cuales son expuestas desde el lenguaje como importancia de la construcción social. En este se toma la referencia la construcción social de la realidad, “sólo a través de la implicación en grupos de referencia que proporcionan de forma consistente y ordenada un conjunto de símbolos, el individuo puede adquirir los elementos imprescindibles para aprehender la realidad” (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 16).

La intervención social es entendida como un proceso de interacción simbólica, es decir, se evidencia la necesidad de comprender el mundo subjetivo del grupo para entender su conducta social. Por este sentido la utilización de una metodología cualitativa basada en procedimientos, en donde se busca la interpretación de los discursos y descubrimiento de significados (imaginarios).

Desde la experiencia de intervención psicosocial comunitaria se ha llegado igualmente a la reflexión sobre las redes sociales, es decir, las relaciones que hacen parte de la vida cotidiana de una persona son imagen de los diferentes escenarios de interacción. Además

se identifica también un enfoque de realidades sociales, la dinámica sujeto-objeto que ejerce, desarrollo tomando en cuenta la práctica y la intervención social en donde se posibilita el contexto social de la comunidad.

La intervención comunitaria es:

Es el conjunto de acciones que, desde un enfoque metodológico integrador y globalizador, las personas que integramos una comunidad con nuestros distintos recursos personales, técnicos o no, ponemos en marcha para lograr la toma de conciencia y comprensión de nuestra propia realidad y la promoción de nuestro desarrollo global en todos los sectores y áreas de nuestra vida laboral, social, etc. (Musitu, Buelga, Vera, Ávila, & Arango, 2009, pág. 129)

Un punto importante que se debe recordar es que la psicología social se concentra en el individuo (quienes piensan, actúan y sienten). La función del psicólogo social es conocer los efectos de los sucesos sociales en los individuos, este interés por la persona es lo que vincula a la psicología social a la familia (comunidad).

## CAPÍTULO II

### IMAGINARIO

#### 2.1 El imaginario

Los imaginarios son “percepciones sociales, es decir, son modos de ver el mundo en donde la emoción y el pensamiento están unidos, no es que se piense el mundo distinto o como lo siento, sino, que lo pienso como lo siento y lo siento como lo pienso” (Silva, Entrevista sobre los imaginarios, 2012). Es decir, para Armando Silva en el imaginario se demuestra unida la parte afectiva con la cognitiva, por tanto se encuentra en el plano de la subjetividad circulante del mundo objetivo.

Se debe tomar en cuenta que para entender el imaginario se debe establecer ciertas inquietudes dentro del accionar humano. Estas inquietudes podrían estar enlazadas con la representación que tiene cada persona sobre el mundo, de esta forma podríamos preguntar ¿Qué es el imaginario y cómo se construye el imaginario en la prácticas sociales?, ¿Cuál es el aporte en la sociedad y cómo se lo evidencia?

#### 2.2 ¿Qué es el Imaginario?

“El imaginario, es un ámbito de creaciones espontáneas de cada individuo como sujeto psíquico, de los individuos como colectividad y de la institución social donde la fuente de lo imaginario es la praxis social, la actividad humana como creación incesante esencialmente novedosa” (Cisneros, 2011, pág. 15). El imaginario tiene la capacidad de reestructurarse ante situaciones que se presenten como nuevas, es por esto, que permanentemente se encuentra construyendo significaciones sobre las personas.

Hay que tomar en cuenta que el papel del imaginario en las prácticas sociales es fundamental, ayuda a la construcción cognitiva y de comportamiento en los individuos. Por este motivo Cornelius Castoriadis menciona que no hay una oposición entre el individuo y la sociedad, “el individuo es una creación social en donde las significaciones

imaginarias sociales permiten la fabricación del individuo social” (Castoriadis, 1999, pág. 5).

En el ser, en lo que es, surgen otras formas, se establecen nuevas determinaciones. Lo que en cada momento es, no está plenamente determinado, es decir no lo está hasta el punto de excluir el surgimiento de otras determinaciones (Cornelius Castoriadis, 1975).

“El imaginario no está manifiesto en una sociedad, pero impulsa la actitud del grupo sociocultural ante determinado objeto” (Castoriadis, 1999, pág. 8). De aquí se desprende lo que explica Castoriadis, las causas de la creación de una institución social no pueden ser jamás explicadas al 100% por necesidades materiales, pues emergen a través del imaginario social, ya que el cambio social implica discontinuidades radicales que no pueden ser explicadas exclusivamente en término de causas materiales (Cornelius Castoriadis, 1975).

Se puede decir que al imaginario se lo puede interpretar como la forma de vivir de cada sujeto, ya que cada persona tiene una forma de pensar, sentir y actuar en el sitio que se encuentre. Es ahí donde los imaginarios surgen ya que la vida de cada persona sitúa circunstancias distintas y discursos distintos hacia la comunidad, incorporando lo externo, el contacto objetivo, que permite un sentido más “real” de lo que le rodea al sujeto.

De esta forma el imaginario tiene relación con la “conciencia colectiva” o la “ideología”, se manifiesta en el lenguaje, siendo susceptible a modificaciones, el imaginario se fortalece con los acontecimientos sociales, es decir, se crean gracias los problemáticas sociales. En definitiva, ese mundo es esencialmente histórico en donde surgen dinámicas que impulsa la transformación de una nueva sociedad.

Por eso resulta conveniente hablar de lo “social-histórico”, para el entendimiento del imaginario. Permite entender la construcción permanente que hay entre el individuo y la sociedad, nos enseña la forma de ver y entender el mundo. Lo imaginario siempre está

ligado a lo simbólico, nos proporciona representaciones sociales y contenidos en donde el conocimiento se presenta desde el lenguaje, involucrando las diversas significaciones ideológicas de cada persona.

De esta manera se puede abarcar al imaginario como un conjunto de imágenes que cada individuo ha interiorizado desde sus experiencias vividas, con las cuales miramos y clasificamos el entorno que nos rodea. Estas representaciones interiores son muy importantes, permiten regular nuestra vida y ajustan las relaciones humanas (familia, amistad, pareja) para la construcción social de la comunidad.

### **2.3 Cómo se construye el imaginario**

El imaginario no es un concepto político, sino teórico. No se trata, tampoco, de un imaginario utópico, sino, de una creación de lo social-histórico, sin embargo, el imaginario no es una práctica de poderes creativos, está en el plano de la creación de las formas culturales, de las reglas y actitudes que abordan las prácticas sociales y comunitarias de cada individuo. (Cornelius Castoriadis, 1975).

La construcción social comprende los diferentes grupos de la sociedad, desde la interacción de ideas en donde se elabora una representación social que permite al individuo el control de su entorno, alineando la información de su existencia y a su vez comprendiendo los fenómenos sociales de los cuales es parte. El imaginario se emplea para expresar los pensamientos, permitiendo la comunicación entre los individuos, generando sentido, el cual conlleva al entendimiento de los significados que se construyen en determinadas situaciones.

Hay que tomar en cuenta que “lo simbólico y lo imaginario van juntos. Lo imaginario debe utilizar lo simbólico, no sólo para “expresarse”, lo cual es evidente, sino para “existir”, para pasar de lo virtual (Silva, Imaginario urbano, 2006, pág. 10). Es decir, el individuo consta de símbolos que le permiten formar su imaginario, esto no solo se evidencia en el discurso de una persona, sino, en las acciones (sociales, políticas) que

muestran como el individuo pasa de lo “virtual” a lo actual, a lo que esta evidente en su diario vivir. Esto permite la creación de nuevas significaciones a partir de lo histórico-social de la persona. Además el imaginario permite impulsar acciones en las personas, es decir, se designa funciones las cuales dan sentido a la realidad.

De esta forma se podría decir que el imaginario es la construcción permanente e imprescindible de cada persona, es por esto que el imaginario en las prácticas sociales es trascendental en el pensamiento y comportamiento de los individuos. Se mantiene por lo general inadvertido, pero siempre se presenta en el lenguaje con símbolos que determinan las dinámicas e interrelaciones entre los sujetos.

No se puede dejar de lado que el imaginario surge de los residuos del pasado, este, toma en cuenta las experiencias vividas, creando una nueva sociedad y por ende una nueva concepción de su entorno. Por su parte Cornelius Castoriadis plantea al imaginario desde las significaciones sociales que se crea de un mundo propio, que permite una capacidad creativa relacionada con la imaginación, la cual revela la creatividad del individuo “pues un imaginario es un concepto real y complejo de imágenes (de lo que somos y queremos) que aparece para provocar sentidos diversos, sentidos que acaecen, se instituyen y abren al mundo” (Agudelo, 2011, pág. 1).

Pedro Agudelo (2011) menciona el concepto de imaginario social de Castoriadis:

Castoriadis vincula el término a lo socio-histórico, a las formas de determinación social, a los procesos de creación por medio de los cuales los sujetos se inventan sus propios mundos. Una de sus principales propuestas fue la construcción de una ontología de la creación y las condiciones reales de una autonomía individual y colectiva. Se destaca, además, su insistencia en el carácter histórico de la producción social, de las instituciones y valores. (Agudelo, 2011, pág. 2)

Esto nos obliga a tomar en cuenta lo social histórico, este constituye la existencia del pensamiento y la reflexión, pero hay que tomar en cuenta que el pensamiento presupone al lenguaje y que el lenguaje es imposible fuera de la sociedad. Castoriadis señala que el:



El pensamiento es esencialmente histórico, cada manifestación del pensamiento es un momento en un encadenamiento histórico y es también -si bien no exclusivamente su expresión. De la misma manera, el pensamiento es esencialmente social, cada una de sus manifestaciones es un momento del medio social; procede, actúa sobre él, lo expresa, sin ser reducible a ese hecho. (Castoriadis, 1999, pág. 3)

Se podría decir que este pensamiento permite la participación en la existencia del individuo, manteniéndolo en una condición individual (reflexión) ante la sociedad. Por lo tanto las definiciones sobre imaginario “van de lo mítico crítico a lo simbólico, pasando por otras dimensiones que refieren los estados de conciencia o inconsciencia. A esto se añade que lo imaginario está asociado a otras complejas categorías teóricas como cultura, sociedad, imaginación e imagen” (Agudelo, 2011, pág. 2). Es decir, es necesaria la relación entre lo psíquico y lo social, con la intención de comprender las significaciones imaginarias sociales que permiten la configuración del mundo propio como lo menciona Castoriadis.

Castoriadis habla de imaginario social, y entiende por “social la institución social que precede a la praxis y a la teoría. El imaginario social son variedades colectivas, puesto que lo imaginario no se da sino en imaginarios locales, históricos y concretos” (Castoriadis, 1999, pág. 4). A los que se refiere Castoriadis es que el terreno histórico-social es producto de la imaginación y de las significaciones de los individuos mediante sus acciones en la sociedad.

Para María Cisneros “el individuo es el que hace, actúa, imagina produce significaciones imaginarias sociales. Lo imaginario refiere a la praxis social que elaboran los individuos mediante sus acciones, alude a una ficción vivida y no a un espacio ideal, de mera ficción, o de ámbito mental” (Cisneros, 2011, pág. 14).

Hay que tomar en cuenta que lo imaginario impulsa la actitud de un grupo ante un determinado objeto (social), es por esto que no se puede aprender lo imaginario sin antes conocer lo simbólico, y este es acompañado por el lenguaje (Cornelius Castoriadis,

1975). Por lo tanto se puede decir que lo imaginario es una construcción permanente que implica un dinamismo entre sociedad-individuo, y así entender el mundo que le rodea.

María Cisneros señala que lo imaginario para Castoriadis se desarrolla en “el campo histórico-social refiere al “eidos”, a la forma o modelo específico, único de este colectivo instituyente y no de otro, que surge en un momento dado, puesto que lo histórico-social en si mismo constituye una fuente de alteridad-alteración” (Cisneros, 2011, pág. 16).

Lo que Castoriadis trata de decir, es que el ser histórico-social se construye a partir de la imaginación, creación de un individuo, es el magma de significaciones sociales que permiten extraer las representaciones sociales de un individuo o de un colectivo.

Hay que tomar en cuenta que “Aristóteles fue el primero en dar una explicación analítica de la imaginación al señalar que es una facultad del alma y al indicar la dificultad que se deriva de entender filosóficamente la noción de imaginación” (Cisneros, 2011, pág. 16). Además el imaginario de Castoriadis se refiere a la praxis social que elaboran los individuos mediante sus vivencias, tomando en cuenta las creaciones espontáneas de cada individuo. “Lo imaginario consiste en la creación incesante esencialmente novedosa de los individuos (desde lo psíquico) y lo social (histórico), pues lo social es el terreno donde se reúne lo individual y lo colectivo” (Cisneros, 2011, pág. 45). De esta manera el imaginario da cuenta a la historia viviente de una persona, porque incorpora los valores aprendidos en la praxis social. “La praxis refiere a la experiencia, lo real efectivo social, la actividad humana en permanente dinamismo, lo imaginario, no a la teoría formal-científica” (Cisneros, 2011, pág. 51).

En otras palabras las significaciones constituyen el campo donde se desarrolla la praxis social, permitiendo al individuo configurar una realidad que deviene de la práctica de vida de cada persona. Castoriadis señala que:

Lo imaginario debe utilizar lo simbólico, no solo para “expresarse”, lo cual es evidente, sino para “existir”, para pasar de lo virtual a cualquier otra cosa más. El delirio más elaborado como el fantasma más secreto y más vago, están hechos de “imágenes”, pero estas “imágenes” están ahí como representante de otra cosa, tienen, pues, una función simbólica. Pero también, inversamente el simbolismo presupone la capacidad imaginaria, ya que presupone la capacidad de ver en una cosa, lo que no es, de verdad otra de lo que es. Sin embargo, en la medida en que lo imaginario vuelve a la facultad originaria de plantear o darse, bajo el modo de la representación, una cosa y una relación que no son (que no están dadas en la percepción o que jamás lo han sido), hablaremos de un imaginario efectivo y de lo simbólico. Es finalmente la capacidad elemental e irreductible de evocar una imagen. (Castoriadis, 1999, pág. 220)

A lo que se refiere Castoriadis es que el imaginario requiere de lo simbólico para expresarse y mostrarse en la praxis social, es decir, lo simbólico está presente en el individuo desde la praxis social. Todo lo que se presenta a nosotros, en el mundo social-histórico, está indisolublemente tejido a lo simbólico. Además Castoriadis toma en cuenta que en la institución (imágenes y símbolos) se presenta lo imaginario a partir de lo simbólico el cual produce la praxis social.

#### **2.4 El imaginario, la institución en la praxis social**

María Cisneros señala que Castoriadis menciona que las instituciones son:

Los símbolos que hacen visible lo imaginario instituido y todo lo que compone (economía, derecho, región, política, lenguaje, modelo social, valores, procedimientos, entre otros). El imaginario se materializa en las instituciones como imágenes que expresan los símbolos de este modo histórico específico. El contenido de símbolo consiste en los significantes y significado, donde se vinculan las imágenes con la realidad efectiva; por tanto, todo símbolo expresa una referencia a lo real y remite a una significación imaginaria como imagen. Lo simbólico como elemento de lo imaginario representa lo racional y la imaginación. (Cisneros, 2011, pág. 61)

Hay que tomar en cuenta que la sociedad construye sus propios símbolos, estos están presentes en las instituciones que se derivan de la praxis social presentada en una realidad social preestablecida por la sociedad. La sociedad toma en cuenta las diversas significaciones (imaginarios) presentadas por el sujeto ante las instituciones, estas “responden a esquemas predeterminados que representan una estructura racional, funcional y lógica, un sistema cerrado totalmente ajeno a la vida social” (Castoriadis, La institución imaginaria de la sociedad, 1983, pág. 114). Y cuando estas instituciones responden a las prácticas cotidianas, se incorporan a la realidad del individuo representadas en lo imaginario, generando praxis social.

No se puede dejar de lado que las instituciones dan sentido a lo histórico-social de cada persona, creando en el individuo significaciones que le permiten entender su existencia y la cotidianidad en la que está viviendo. De este modo la institución existe si los individuos y la sociedad la construyen desde la praxis social. María Cisneros menciona que "lo fundamental es que las instituciones son la copia de la praxis social, no son producto de teorías ni de fines predeterminados. En ellas se presenta lo instituido y también el paso a lo instituyente, por que las instituciones representan en imágenes concretas, visibles la praxis social (Cisneros, 2011, pág. 62).

Es por esto que las instituciones dan sentido a lo histórico-social, construyen una interrelación entre el individuo y la sociedad, desde el punto de vista que las instituciones, esta establece sus normas y valores, orientan la vida del sujeto, y a su vez le proporciona ubicación en el mundo en el que viven.

Así la institución ofrece a los individuos un orden específico, generándole un sentido de ser en la práctica de la vida cotidiana que le permite reflexionar sobre la sociedad y la historia de la que han sido parte. Para Castoriadis las instituciones “socializan a los hombres, porque le ofrece un sentido de vida que, en principio, estos aceptan. Las instituciones educan a los individuos a al colectivo” (Cisneros, 2011, pág. 68). Es decir, la sociabilización se produce cuando la institución vincula a los hombres con la praxis social, el individuo toma en cuenta las significaciones, creando así las instituciones (reglas, normas) y de esta forma se sumerge en el modelo social para distanciarse del desorden cotidiano.

Pero no se puede dejar de lado que la institución muestra el sentido de vida de los individuos, y es ahí donde entran los imaginarios del sujeto el cual le permite transformar y crear nuevos sentidos de vida, “lo que hace a una sociedad son sus significaciones imaginarias las cuales son producto de la potencia creadora del individuo” (Castoriadis, 1999, pág. 6). Es decir, Castoriadis destaca la potencia que tiene los individuos para transformarse en función de poder ejercer su libertad.

## **2.5 El imaginario; lo instituido, lo instituyente**

Para Castoriadis lo instituyente es el campo en donde la sociedad da sus propias leyes, es decir, los individuos participan en las decisiones de lo público. Por el contrario el imaginario instituido (heredado) limita la creación y autonomía de la persona, pero siempre existe el imaginario radical el cual encamina el individuo hacia el imaginario instituyente, es decir, velar por el otro y por su colectivo.

“Lo que define a la sociedad son sus significaciones imaginarias y las instituciones que se ajustan a éstas” (Cisneros, 2011, pág. 202). Es decir, la sociedad se desarrolla a partir de las significaciones las cuales están presentes en la praxis social, en el vivir cotidiano el cual permite al individuo socializarse.

Se puede decir que las significaciones permiten al individuo darse cuenta de lo bueno y de lo malo en la sociedad, pero para saber que es bueno y malo se debe regir a los histórico-social, el cual da sentido de vida a una sociedad, pero la sociedad tiene significaciones imaginarias y para entenderlas el sujeto debe inmiscuirse en su cotidianidad, es decir, participar en sus praxis social para poder asimilar el hacer y decir, y así introducir nuevas significaciones que le permiten relacionarse con los otros.

Es así, la institución histórico-social enseña al individuo desde su nacimiento las significaciones imaginarias instituidas, estas son un imaginario rígido que impide el ejercicio imaginativo de una persona, pero si los individuos actúan en función de la creación se puede decir que se va construyendo el imaginario instituyente, generando cambio y modificación en el sujeto. “La sociedad es obra de lo imaginario instituyente. Los individuos están hechos por, al mismo tiempo que hacen y rehacen, la sociedad cada vez instituida” (Castoriadis, La institucion imaginaria de la sociedad, 1983, pág. 47).

En una primera instancia el imaginario instituido sociabiliza a los individuos, ellos producen significaciones establecidas, pero cuando los individuos comienzan a crear, a imaginar (cuestionar lo establecido) se da la imaginación radical, cuando esta penetra en el sujeto se da la innovación, es decir, exige a los individuos a cambiar su estilo de vida, transformar el mundo en función de su creación, sentirse bien (imaginario instituyente).

De esta manera la praxis permite transformar el estilo de vida del sujeto, es decir, mediante las acciones impuestas, se crean nuevas acciones que obedece a nuestra imaginación creativa, permitiendo conocer la “realidad”, y así llegar al ejercicio de la libertad y autonomía como lo indica Castoriadis. María Cisneros menciona que para Castoriadis:

La validez efectiva de lo imaginario establecido está asegurada por la sociabilización del individuo. En este sentido, la sociabilización es un poder que ejerce lo imaginario instituido sobre los individuos que produce, pero detrás de ese poder, oculto, se encuentra el magma imaginativo radical, que toma sus variables de lo establecido para manifestarse como transformación de ello. El poder que ejerce la institución sobre los individuos mediante la sociabilización no es un poder absoluto, por que de ser así, no habría historia. La praxis social demuestra que hay pluralidad de sociedades diferentes, hay historia, hay transformación. (Cisneros, 2011, págs. 209-210)

Es decir, es importante el imaginario instituido para la sociabilización del sujeto, pero no es absoluto, porque junto al imaginario instituido se encuentra el imaginario radical (alteridad), el cual se caracteriza porque es indomable.

María Cisneros menciona que para Castoriadis, “Lo imaginario social instituido va acompañado de lo imaginario social instituyente, puesto que debajo de lo establecido está el magma de significaciones que en cualquier momento brota para transformar, modificar, lo instituido (Cisneros, 2011, pág. 212).

La imaginación siempre está presente, se muestra en el imaginario radical, el cual fluye, como lo indica Castoriadis, con un magma de significaciones imaginarias que transforma al individuo y por ende a su sociabilización. Se puede decir que lo instituido

de inicio es importante porque sociabiliza a los individuos, pero la institución se aprovecha de esto para que los individuos desarrollen lo establecido (lo impuesto), pero este círculo se rompe cuando el imaginario radical se manifiesta como alteridad alteración, generando una ruptura en lo establecido, de esta forma se da la transformación en la convivencia de los sujetos, “lo desconocido es latente y en cualquier momento fluye como un magma de significaciones imaginarias que transforman la socialización establecida por otra (Castoriadis, La institución imaginaria de la sociedad, 1983, pág. 8).

Así María Cisneros menciona que ese quiebre que comienza:

En la cotidianidad, a partir del hacer más sencillo o simple como la actitud en tomar un café, el manejo del tiempo, la relación con la pareja, aprender a disfrutar e incluir el ocio, asumir la responsabilidad de la vida, autocuestionarse, acudir a terapia para trabajar seriamente en insatisfacciones o problemas personales, de existencia, de relación con el entorno, de la madre, reflexionar sobre la cotidianidad, permitirse aprender a compartir, asumir posición respecto al hecho cierto de la muerte, la existencia de la enfermedad, del dolor, de la separación, del amor, la sociedad. (Cisneros, 2011, págs. 211-212)

Es así que el imaginario instituyente introduce algo nuevo que obliga a tomar decisiones, que de un inicio serán desordenadas, pero que a medida que el individuo se adapte y se familiarice con su nuevo estilo de vida, dichas decisiones van a tomar fuerza para generar una nueva praxis social que le permita cuestionarse en su existencia. “Aunque la sociedad fabrique individuos, siempre brotara la imaginación radical, para mostrar esa sociabilización y construir una propia donde las significaciones claves sean la autonomía y la libertad” (Castoriadis, La institución imaginaria de la sociedad, 1983, pág. 53).

No se puede dejar de lado que el imaginario instituido convierte a los individuos en títeres, es decir, no les permite cuestionarse a sí mismo, haciendo de esta manera una conformidad en su forma de vivir de cada persona. Esto genera un deterioro en la praxis social, los individuos dejan de preocuparse por las situaciones sociales, convirtiéndolos en marionetas de lo impuesto. En otras palabras, “lo imaginario instituido, lo imaginario instituyente y la imaginación radical de los individuos entran en crisis, porque todas la

partes abandonan las tareas que les corresponde cumplir, quedando a la deriva” (Cisneros, 2011, pág. 215).

Cuando sucede esto las significaciones imaginarias no tienen sentido, los individuos se quedan con las significaciones imaginarias establecidas, llevándolos a la pérdida de imaginación (al consumo, sin compromiso con la sociedad). María Cisneros toma en cuenta los tres campos de Castoriadis en donde se refleja este estado de sumisión (crisis):

La decadencia de lo imaginario y la imaginación se manifiesta en el arte, cuando se produce un agotamiento de la creatividad por que este ya no expresa algo distinto, no es subversivo, no representa una ruptura con la sociedad establecida, no muestra originalidad.

Respecto a la filosofía, ésta se apartó de la experiencia humana y quedó reducida a discusiones teóricas, mera interpretación, y a desarrollarse como una simple historia de filosofía.

En cuanto a la ciencia, Castoriadis reconoce que han surgido nuevas proposiciones científicas, sin embargo, esto esquemas no proponen categorías novedosas que sacudan los paradigmas teóricos. No solo en estos campos se manifiesta que la imaginación y lo imaginario están agotados, también en lo político. En este campo, se nota por la decadencia de movimiento obrero, de la corriente democrática; la esterilidad y la repetición de los discursos políticos tanto de derecha como de izquierda, a tal punto que no se sabe en qué se diferencian. (Cisneros, 2011, págs. 216-217)

Se puede decir que se produce una situación en la que el individuo ha perdido sentido para crear nuevas significaciones, llevándolo a la inactividad de la imaginación y de lo imaginario, es decir, los individuos piensan y actúan encajados a la institución instituida, por lo tanto, no le permite cuestionar la sociedad en la que vive, dejando de lado su libertad y autonomía.

Pero por el contrario cuando los individuos resuelven los problemas (en colectivo) de su cotidianidad, se puede decir que es una sociedad instituyente, el individuo es libre y capaz de reflexionar. Pero esta libertad se da cuando una sociedad cuestiona lo instituido, es decir, el individuo transforma la ley sabiendo lo que hace, para el beneficio



de la sociedad, se genera una interrelación en los individuos para buscar soluciones no por separado. “Se acepta que la institución establecida no cumple con su deber, lo que implica que la sociedad debe promover nuevas instituciones que den respuestas a las instituciones actuales” (Cisneros, 2011, pág. 225).

María Cisneros menciona que para Castoriadis, La sociedad instituyente se da en la democracia, pues en este campo histórico-social donde los individuos formulan sus propias leyes, puesto que toda sociedad existe porque hay un conjunto de leyes que la organizan como institución. Estas leyes fabrican los individuos junto con colectividad.

No se puede dejar de lado que el imaginario instituyente en su primera instancia le permite al individuo democracia, pero esta democracia según Castoriadis se fundamenta con la participación de todos y cada uno de los ciudadanos dentro de la ley, tomando en cuenta los asuntos políticos que se establece en lo público.

El imaginario instituyente también se fortalece gracias a lo público, es decir, se toma en cuenta la praxis de cada uno de los individuos, de esta manera se puede decir que se protege el espacio en común. “Se trata de una construcción de los individuos y el colectivo de lo político, es decir, de la actividad pública, asumida con responsabilidad, conciencia y creatividad” (Cisneros, 2011, pág. 234).

María Cisneros menciona que Castoriadis resalta la idea de sociedad civil:

Porque busca rescatar la idea de la comunidad política, lo que hoy se conoce como sociedad civil, es decir, la praxis de todos y cada uno de los ciudadanos como potencia creadora instituyente generadora de un espacio colectivo rígido por actividades en torno a la autonomía y la libertad. (Cisneros, 2011, pág. 233)

Así Castoriadis permite entender que lo político debería fortalecer el espacio comunitario, y cuando este espacio sea asumido por cada uno de los actores, el dominio no solo será de unos pocos, sino, del colectivo, permitiendo una democracia que cuestione el imaginario instituido, generándose de esta forma la autonomía. “La autonomía consiste en un movimiento permanente de cuestionar, reflexionar, poner en tela de juicio lo establecido, lo dado, un movimiento que se centra en la vinculación de la imaginación y lo imaginario” (Cisneros, 2011, pág. 218).

Cuando existe la autonomía, lo cual es generado por el cuestionamiento hacia las instituciones, las significaciones establecidas y a sí mismos, los individuos comienzan a construir su propio mundo, nuevas leyes, por lo tanto una nueva idea, mirada, perspectiva como lo menciona Castoriadis. Así se moviliza el campo de las significaciones hacia una nueva creación histórico-social, es decir, se manifiesta con seguridad una sociedad instituyente.

Pero si la mayoría de los individuos no construye su propio espacio histórico-social, será un individuo manejado por lo instituido (conformidad, sin reflexión), es decir, pérdida de autonomía y libertad, convirtiéndose en un sujeto que enriquece a la sociedad establecida.

Después de lo analizado se entendería al imaginario como las experiencias vividas de cada sujeto, dentro del contexto socio-histórico del cual ha sido parte, tomando en cuenta que las acciones de una persona construyen la realidad de cada individuo. Además el imaginario puede ser entendido desde las significaciones sociales de una persona, es decir, el imaginario está en constante relación con los procesos socio-culturales, esto genera en el individuo discursos sociales y políticos, para así poder “entender” la realidad en la que viven.

Finalmente no se puede descartar que el imaginario está presente en las cualidades del sujeto, es decir, en la creación de cada persona (decisiones, cuestionamientos, reflexión, etc.), esto impulsa al individuo a conocer primero su entorno simbólico, generando nuevas significaciones que son plasmadas en el discurso a partir de su praxis social (interrelación con los otros), sin dejar que lo imaginario, permite diferenciar los ideales (imaginación) de cada persona, verificar lo real imaginario.

## CAPÍTULO III

### LA DISCAPACIDAD

#### 3.1 Aproximaciones hacia los antecedentes de la discapacidad

Primero se va tomar en cuenta la definición de enfermedad para poder ir entendiendo cómo ésta ha tomado una posición socio-política en las diferentes épocas de los sujetos y así poder entender de mejor manera la discapacidad como tal.

Para la Real Academia de la Lengua señala que la enfermedad es entendida como una “alteración más o menos grave de la salud, por otro lado esta palabra refiere a una pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual, anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad” (Real, 2000).

Es decir, la enfermedad se refiere al estado de salud de una persona, que puede alterar la moral de un individuo, que a su vez puede generar anormalidad en la producción de un sujeto y de la sociedad, connotando así una persona enferma como ente que genera daño e improductividad a la sociedad.

Es por esto que, la discapacidad es entendida desde la posición social de la enfermedad, es decir, la enfermedad permite asimilar la incapacidad de realizar una actividad con normalidad. La enfermedad se manifiesta en el malestar físico y social, una persona enferma consta de un menosprecio social y político en la sociedad.

De esta manera la persona con discapacidad se lo ubica en la concepción de enfermedad, se crea un modelo del ser saludable, y enfermo. Esto ocasiona que la sociedad construya centros en donde los “enfermos” y “locos” son encerrados, aislándolos de sus familias y de la sociedad, quitándoles toda posibilidad de decidir sobre sí mismos, convirtiéndolos en objetos de investigación, es decir, sujetos que sirven para el desarrollo y entendimiento de la medicina como también de lo social. Esto genero en la persona la posibilidad de decidir sobre y por el otro.

Para los griegos, las personas con alguna dificultad física, sensorial o intelectual, eran tomadas como personas “divinas” a quienes se les atribuía que podía predecir el futuro de la comunidad. Para el siglo XVI, las sociedades empiezan a sufrir grandes cambios. Es así que el tema de la locura, la enfermedad, como también la discapacidad se inscribieron directamente en el cuerpo. Es por este motivo que la discapacidad ya no tenía esa connotación divina, sino que fue considerada como una expresión del mal, ligándolo al pecado, a la religión, por lo tanto, la discapacidad se la relacionaba con la religión, es decir, se la tomaba desde lo moral, donde primaron las concepciones de lo bueno y lo malo.

La Iglesia Católica explicaba la existencia de las enfermedades como una desviación religiosa, asumiendo la presencia de lo demoníaco, de esta forma las personas con discapacidad eran concebidos como “castigo de Dios”. Esta connotación que se dio a las personas con discapacidad perturbó las diferentes ideologías y concepciones de las personas. Se podría decir que de esta manera se explicó el apareamiento de la locura, la enfermedad y la discapacidad. Así se reconoce a las personas con discapacidad como minusválidas, lisiadas o inválidas, siendo caracterizados como sujetos de protección y de cuidados. Esto originó que las personas con discapacidad sean objeto de marginación, limitándolo como individuo de rechazo y negando sus derechos personales y colectivos.

De esta manera se puede decir, que la iglesia en una primera instancia se encargaba de la “salvación” de las almas desviadas, se les denominaba a las personas con discapacidad como endemoniados o endemoniadas, sometiendo a prácticas exorcistas.

Por esta razón se envió a la hoguera a muchas personas con discapacidad, sobre todo mujeres, pues eran quienes permitían la reproducción de las “almas desviadas”, es decir, reproducción de la persona con discapacidad. La hoguera era vista como redención y a su vez salvación de estas “almas desviadas”.

Ya con el apareamiento de la medicina se clasifica a las enfermedades, encontrando sus causas y posibles tratamientos, se puede decir que se desliga toda explicación religiosa, la discapacidad podría ser entendida desde el discurso de la clínica y el auge de la medicina.

Durante los siglos XVII y XVIII, quien tenía una discapacidad se le consideraba persona trastornada, que debía ser internada en orfanatos, manicomios, sin recibir ningún tipo de atención específica. Se les denominaba imbéciles, débiles mentales, diferentes, locos o locas.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se inicia la institucionalización, quienes tienen una discapacidad debían ser aisladas para evitar el “contagio”, proteger a las personas “normales” de la “no-normal”. La persona con discapacidad es separada, segregada, discriminada, se considera a la persona con discapacidad en el plano de la enfermedad. La discapacidad está unida a la idea de la enfermedad, pues se la relaciona a la persona como enferma o desamparada. Este ha ido tomando diversos escenarios en el contexto social como cultural del individuo, generalizando o confundiendo la enfermedad con la discapacidad e incapacidad de alguna persona.

En el siglo XIX, la persona con discapacidad se convierte en sujeto de estudio psico-médico-pedagógico, lo cual llevó a un avance en la comprensión del retraso mental y de otras discapacidades, y al desarrollo de terapias clínicas especializadas. Es en este siglo cuando surge la educación especial con la participación de médicos, educadores y psicólogos. Dicho proceso histórico permitió el tránsito del "inválido" como sujeto de protección o tutela hasta convertirse, progresivamente, en sujeto de previsión socio-sanitaria, a partir de la aparición en escena de los sistemas de seguridad social, dentro de los cuales la persona con discapacidad se mantiene como individuo que no genera producción.

Esta situación se alarga hasta comienzos del siglo XX por ser considerados como seres perturbados y perturbadores. Pero hay que tomar en cuenta que a lo largo del siglo XX, las personas con discapacidad todavía son rechazadas, un gran ejemplo fue la época nazi en donde las personas con discapacidad o alguna diferencia eran asesinadas por no ser “normales”. A partir de la segunda guerra mundial la discapacidad toma otros referentes, se desarrolla la medicina y el tratamiento, por lo tanto la aceptación social.

Para el año de 1975 la discapacidad toma fuerza en el ámbito de la medicina, a partir de ese año la discapacidad pasa a ser parte de todas las disciplinas, ya no solo del ámbito de

la salud. Además en el siglo XX es una de las etapas donde se humaniza algo el tratamiento a los individuos más “vulnerables”, aunque su vida seguirá siendo extremadamente dura.

Esta “humanización” obliga a hacerse cargo de ellos, aunque se les margina socialmente, la iglesia, la familia toma parcialmente más responsabilidad hacia las personas con discapacidad, alguna enfermedad, invalidez, etc., pero no existe el verdadero compromiso por entender a una persona con discapacidad y así llegar a una inclusión social.

Además se identifican nuevas enfermedades y discapacidades, se crean servicios sociales para las distintas discapacidades, sensoriales, intelectuales y orgánicas. En dicho siglo se habla ya de deficiencia mental, se avanza en la aceptación de la diversidad de personas, la sociedad incorpora términos y matiza conceptos.

El progreso en el ámbito de la discapacidad vino fundamentalmente de EE.UU. A partir de los años 90, existen avances científicos, con las legislaciones favorables (con excepciones) hacía las personas con discapacidad. Se “potencia” la educación especial, se incrementa el número de personas institucionalizadas y los Estados comienzan a participar en la solución de los problemas de las personas con discapacidad.

Para el siglo XXI la sociedad da grandes pasos en la comprensión de la discapacidad y su relación con el entorno. Se da la “superación” de los viejos prejuicios en relación con la discapacidad, facilita nuestras intervenciones sociales, amplía nuestras concepciones sobre las personas que tienen mayores limitaciones, se modifica la visión del ser humano valorando la diferencia y la diversidad, se procura la igualdad de oportunidades.

Se dice que una persona tiene una discapacidad, si ésta encuentra alguna dificultad o imposibilidad para realizar una o más actividades de la vida cotidiana. La discapacidad es definido como “cualidad del discapacitado, es una persona que tiene impedida o entorpecida algunas de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas”. (Real, 2000). La discapacidad es un concepto clave vinculado especialmente al problema de deficiencias de salud física, mental y sin dejar a un lado lo emocional.

En la historia la discapacidad ha evolucionado paralelamente a las de normalidad/anormalidad, salud/enfermedad y más recientemente persona/ambiente. Es por esto que la discapacidad no es una situación estática, sino, es un proceso dinámico, es decir, es el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente en el que vive.

Hay que tomar en cuenta que la discapacidad desde la antigüedad hasta la actualidad ha sido parte de varias contradicciones en relación con su intervención y su configuración social. Esta contradicción puede ser definida desde que es lo “normal” y lo “anormal”, lo “sano” lo “enfermo”, es decir, se configuran relaciones sociales a partir de la igualdad “sano” con “sano”, “enfermo” con enfermo”.

De esta forma las prácticas cotidianas son establecidas desde la funcionalidad y productividad del sujeto, así la discapacidad es entendida más no desde su problema físico y psicológico, sino, desde su problema social y político, es por esto que se establecen relaciones a partir de la igualdad política, económica y social.

### **3.2 Análisis crítico de la discapacidad en el Ecuador**

En el Ecuador según el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) entre el año 2010-2012 se localizaron 1.653.000 personas con alguna discapacidad, lo que representa el 12,14% y 184.336 (6%) hogares con por lo menos una persona con discapacidad, cuya mayor concentración está en el área urbana.

En el Ecuador la discapacidad en los últimos años ha sido entendida desde la integración e inclusión, pero esta inserción a las personas con discapacidad ha respondido a nuevas formas de exclusión, por ejemplo, en el ámbito laboral, las personas con discapacidad son insertados porque exige la ley:

**Art.8.-** El Estado nacional, entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos, están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la

totalidad de sus personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas. (Ley Orgánica laboral del Ecuador, 2011)

De esta manera no se reconoce todavía en su totalidad el ser diferente, pues las instituciones están obligadas a contratar a las personas con discapacidad, y no a cualquier persona, sino, a personas que cumplan con habilidades y conocimientos necesarios, es decir, se presencia de alguna manera la desigualdad y la discriminación por parte del ente regulador.

Hay que tomar en cuenta que la discapacidad se estructura desde una función fisiológica, es por esto que el CONADIS califica a las personas desde su funcionalidad:

Persona con limitación leve/moderada, “se refiere aquella persona que teniendo una deficiencia, presenta una anatomía en la realización de sus actividades, gracias a la compensación aportada por ayuda personal o técnica.

Persona con limitación grave “es aquella persona con deficiencia que tiene poca o escasa autonomía en la realización de las actividades, aún con el uso de ayudas técnicas; su funcionamiento es insatisfactorio, generalmente dependen de otras personas para realizar sus actividades. (CONADIS, Normas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades, 1995, pág. 6)

Además vale señalar la diferencia; persona con discapacidad y persona con deficiencia, o condición discapacitante que la Ley Orgánica de Discapacidades señala:

**Artículo 6.- Persona con discapacidad.-** para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento. (CONADIS, Ley orgánica de discapacidades, 2012, p. 15)

**Artículo 7.-Persona con deficiencia o condición discapacitante.-**Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente



disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, manteniéndose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, deslazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos. (Discapacidades, 2012, pág. 16)

El término discapacidad es genérico, es decir, incluye a las personas con deficiencias, con limitaciones y algún tipo de restricción en la participación de las actividades.

El Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) creado en 1992, entiende a la discapacidad desde la concepción lineal de la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías), ante lo cual Andrea Padilla hace el siguiente análisis de la concepción lineal de la CIDDM:

- a. La deficiencia (impairment) se refiere a “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones”. Ejemplos de estas deficiencias son la sordera, la ceguera o la parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.
- b. Discapacidad (disability) se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio.
- c. Una minusvalía (handicap) hace referencia a una “situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)”. El término es también una clasificación de “las circunstancias en las que es probable que se encuentren las

personas discapacitadas”. La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos. (Padilla, 2010, pág. 399)

De lo que se puede entender, deficiencia es cuando se refiere a un trastorno o alteración orgánica, funcional o psicológica que puede provocar una discapacidad. En el país según el Instituto Ecuatoriano de Censo (INEC) el 48.9 % de la población tiene alguna deficiencia. La discapacidad puede ser entendida como una limitación de carácter permanente para realizar una actividad. Para el INEC el 12.14% de la población tiene algún tipo de discapacidad. Y por último la minusvalía, hace referencia a una seria desventaja a consecuencia de una discapacidad para cumplir un rol social. El 4.4% tiene alguna minusvalía en el país según el INEC.

En este sentido se puede notar que existe una concepción lineal de la discapacidad, es decir, una relación causa-efecto, se instaura un malestar corporal, conocido como enfermedad, este desarrolla una alteración funcional o psicológica que provoca la discapacidad, ausencia para realizar una actividad con normalidad, desembocando en la minusvalía, desventaja que tiene el individuo para relacionarse con el otro, limitando el desempeño del rol social. De este modo el rol se podría entender como un vínculo que el individuo tiene para comunicarse y sociabilizarse con el mundo. Además este vínculo es desarrollado gracias al núcleo familiar y social del sujeto.

La condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de los familiares, por ejemplo, una persona que nace con ceguera total, se adapta a las condiciones de vida que le exige el ambiente, esta persona sabe que su situación es congénita, por su lado la familia va asimilando la situación catastrófica en la que se encuentra, esta familia va cambiando su estilo de vida a medida que exige la discapacidad de su familiar. Pero si la discapacidad es adquirida por alguna enfermedad orgánica, psicológica o algún accidente, ésta si cambia la vida de la persona y de sus familiares, es aquí cuando la discapacidad se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación

física o mental, la alteración del estado de salud, y la modificación en el rol y en las actividades sociales.

La discapacidad en el Ecuador se podría decir, que constituye el sector marginado de la sociedad, es decir, la persona con discapacidad no cuenta en su totalidad con oportunidades laborales y sociales en donde exprese su participación política y social, esto implica en la sociedad una aceptación burocrática, es decir, se acepta a la discapacidad por que hay que cumplir con la ley establecida. De este modo la discapacidad ha sido considerada como una problemática que tiene consecuencias personales, familiares y sociales que llevan a la exclusión social.

Se considera persona con discapacidad si el porcentaje es más del 30%, y si consta con menos del 30% se la identifica como persona en condición discapacitante, es decir, se beneficia a las personas con discapacidad según el porcentaje o la calificación establecida, aquí sobresale la pregunta ¿Desde qué parámetros puede ser otorgado el porcentaje de la discapacidad en una persona? ¿En dónde quedan las personas en condición discapacitante?

Es importante mencionar los tipos de discapacidad que existe en el Ecuador según el CONADIS (2012), estas son:

La discapacidad física, es una condición funcional del cuerpo humano que puede ocasionar dificultad o imposibilidad motriz; es decir para caminar, para correr, para tomar cosas en las manos, para subir gradas, para levantarse, para sentarse, para mantener el equilibrio, para controlar esfínteres, para acceder a lugares que tengan barreras físicas, etc.

La discapacidad auditiva, es una limitación sensorial severa o la ausencia total de la capacidad de oír, que ocasiona dificultades importantes para escuchar y hablar y, por lo tanto, para comunicarse verbalmente.

La discapacidad visual, es una limitación sensorial severa o la ausencia de la capacidad de ver, que ocasiona dificultades importantes para identificar visualmente,

tanto a personas como a objetos; para orientarse, para ubicar el entorno y sus características.

Discapacidad intelectual, este tipo de discapacidad consiste en la limitación moderada o grave de la función cerebral, que ocasiona dificultades importantes para la adaptación y el aprendizaje social, escolar o conductual y, por lo tanto, para desenvolverse fácilmente en el entorno. (CONADIS, Normas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades, 1995, pág. 10)

### **3.3 La discapacidad desde el ámbito de la diversidad cultural**

Cuando se habla de discapacidad, casi siempre se la asocia a estereotipos como por ejemplo, de incapacidad, tristeza, abandono, anormalidad, enfermedad, contagio y hasta temor. Todo esto porque no se ha querido reconocer y aceptar las fortalezas de las personas con discapacidad, porque en general se puede decir que el significado de discapacidad resulta abstracto, y porque muy pocos se han tomado el tiempo suficiente para entenderla.

Estos criterios y percepciones erróneas, son socialmente aceptados en un primer plano en la complicidad familiar, son una fuerte causa de la exclusión y de la discriminación en que vive y se desenvuelve las personas con discapacidad, esto debilita la autoestima individual y colectiva de las personas que viven con algún tipo de discapacidad.

La ley Orgánica de Discapacidades menciona en el artículo 2 que:

**Artículo 2.- Ámbito.-** Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior; sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su cónyuge, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad. (Discapacidades, 2012, pág. 8)

La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud), define a la discapacidad como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (CIF, 2003, pág. 27).

En este sentido la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras existentes, debido a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Se puede decir que el concepto de discapacidad depende del contexto social en el que una persona está inmiscuida, es decir, la discapacidad es entendida en los procesos sociales (interacción con el otro), en las oportunidades que ofrece el medio social, pero estas oportunidades en su mayoría son escasas, no hay una verdadera accesibilidad en las instituciones (organización y facilitación del espacio).

Hay que tomar en cuenta que la diversidad está orientada al diálogo (lenguaje) y a la integración cultural (relación) identificación por el otro, por lo tanto, la inclusión es una actitud que implica reconocer el poder, el lenguaje y las relaciones que puede tener otra persona.

Por esta razón se puede decir que la discapacidad en el ámbito de la diversidad cultural está en una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive. Incluye un sinnúmero de dificultades en el ámbito cultural, consta de problemas en la función o estructura del cuerpo (parálisis, sordera, ceguera, etc.) y además consta de limitaciones en la actividad o en la realización de acciones, por ejemplo, dificultades suscitadas con problemas en la audición o la visión hasta la restricción de su participación en situaciones de su vida cotidiana.

Andrea Padilla menciona que la discapacidad:

No es solamente lo derivado de la enfermedad de la persona, sino el resultado de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales insertas en un

medio ambiente que en mucho es creado por el hombre. Éste plantea que la discapacidad nace de la interacción de una persona con un medio ambiente particular, en el cual se evidencian las limitaciones o desventajas que tiene la persona en ese ambiente y que definen su estatus de discapacitado. (Padilla, 2010, pág. 404)

La discapacidad, entonces, no existiría si todas las personas nos reconociéramos en las diferencias, simplemente seríamos o somos seres diferentes. Es por este motivo que se puede decir que la sociedad establece lo que es “normal” y lo que es la “anormal” (discapacidad). Santiago Rosano toma en cuenta lo que señala Barton sobre la influencia de lo establecido en la sociedad:

Las normas establecidas no son sino las normas dominantes. Los valores de un grupo de élite se convierten en dominantes dentro de una sociedad, y mediante la construcción y la imposición de una norma de conducta unitaria para todos, una élite mantiene sus propios intereses al tiempo que subordina los de los demás. Por lo tanto la formación de la ‘normalidad’ es el resultado –y la representación– de un ejercicio de poder. (Rosano, 2007, pág. 7)

Así pues, la sociedad es la que establece la normalidad en función de los valores determinados, que están en concordancia con las exigencias del mercado, producción, competitividad, y manteniendo el poder hacia lo diferente. (Foucault Michel)

La opresión que ejerce la sociedad frente a las personas en situación de discapacidad, lleva en algunos casos a tenerles pena y procurarles un espacio donde se les cuide bien, es decir, se excluye a la personas con discapacidad del proceso de construcción y reconstrucción de la sociedad. La sociedad se acostumbra a esta situación de exclusión que aparece como normal, la exclusión se hace cotidiana, se normaliza en la sociedad.

Esta naturalización hacia las personas con discapacidad las coloca en una posición de inferioridad, son etiquetadas, estigmatizadas, marcadas de por vida por el solo hecho de ser diferentes, generando actitudes de rechazo, lástima, angustia e incomodidad, como también conductas de sobreprotección familiar, lo que conduce a tratarlos como personas incapaces de valerse por sí mismas. Esta falta de igualdad de oportunidades, en

cuanto a educación, trabajo, salud y las barreras arquitectónicas, sociales y culturales, impiden su real integración a la comunidad.

De esta forma la discapacidad como tal, ha estado involucrada como desventaja social, se ha construido una ideología en donde la persona con discapacidad es tildada como ente de menosprecio. Se ha producido ideologías o concepciones adversas frente al tema de las discapacidades. Lo peor es que las personas que tienen alguna deficiencia se han convencido que son individuos en desventaja y peor aún si el individuo con discapacidad es indígena o afro, esto ha generado una doble marginación, por un lado está una marginación por la enfermedad y por otro lado esta una exclusión por la superioridad ante el otro, de este modo se ha creando sociedades totalmente excluyentes y discriminadoras.

Sin embargo, no hay que olvidarse que otro ente de discriminación es la mujer, se ha construido ideologías en donde la mujer ha sido vista como ser inferior al hombre, se ha creado la percepción en donde la mujer es menos fuerte, con poca participación. Desde la antigüedad la mujer era inmiscuida en los trabajos livianos, además era catalogada como un objeto que permitía la reproducción, esto ha influenciado directamente en todos los individuos, dando como resultado un producto social que viene cargado de ideologías discriminantes, de superioridad, desigualdad. A esto agreguemos, si una mujer tiene alguna discapacidad ya es parte de dos tipos de discriminación, por ser mujer, y por ser persona con discapacidad, y si esta mujer es afro, se puede evidenciar que aquella persona consta de otra diferencia que le va a generar otro tipo de exclusión.

Se puede detallar que la desventaja social no sólo está dada por la discapacidad, sino, también se da por el color de piel, tipo de raza, y hasta por el modo de comunicarse (lenguaje) etc. Se puede decir que esto es parte de la diversidad humana, compleja y multifacética, que posee su propia especificidad que tiene que ver con la singularidad humana, por eso, es una condición universal que puede afectar a cualquiera.

No se puede dejar de lado que las diferentes concepciones culturales con respecto a las nacionalidades es otro factor de discriminación, pues el hecho de emigrar de un país a otro se lo asemeja a la falta de recursos políticos, económicos y sociales, por este sentido las distintas miradas culturales han generado un ente de discriminación visto desde la pobreza (política, económica, social) de un sujeto.

Por este motivo compete a todos fortalecer la comunidad humana en lo cultural y su estructura social, para que se pueda acrecentar o reducir la discriminación y por ende la diferencia. Se debe valorar y respetar esta diferencia, es una manera humana, simple y posible de enriquecernos con la diversidad, en vez de negarla, se debe pensar en ejercer una práctica cada vez más participativa y de equidad.

### **3.4 La discapacidad como discurso, aproximación a un análisis crítico**

El discurso es un mensaje en donde existe un acto verbal y oral hacia el otro, con el objetivo de comunicar o exponer algo. El discurso ha llegado a ser considerado como una práctica social en sí, teniendo características propias y consecuencias, el reconocerlo desde y como una práctica social, hace inminente el notar su naturaleza constructiva. El referirse al discurso como prácticas social, se entiende que se hace en sociedad, es decir, que depende del contexto en el cual se desarrolla. “El discurso se entiende como lenguaje en uso, la comunicación entre actores en un contexto determinado” (Íniguez & Antaki, pág. 273). Es decir, un discurso puede ser polisémico y puede tener una lectura múltiple debido a las muchas posibles asociaciones que se puede hacer con cada uno de los signos que lo componen.

El discurso además de ser una exposición oral, tiene el fin de persuadir, es decir, tiene la capacidad de decidir. Se encuentra conformada por tres aspectos que son: Tema o contenido del discurso; se refiere a las experiencias, casos que presenta un individuo, Orador; es la persona que habla o se expone con el objetivo de comunicar, y Auditorio; se refiere al lugar o al público que lo está escuchando.



Van Dijk menciona que:

No hay una forma en que la estructura social misma pueda afectar directamente al texto y al habla, ya que los grupos y las instituciones, en tanto tales, no escriben, ni hablan o comprenden el discurso, sino que lo hacen únicamente por la mediación de agentes comunicantes como miembros de grupos o categorías sociales. (Van Dijk, 1996, págs. 16-17)

Según el párrafo anterior, para Van Dijk, el discurso debe ser comprendido desde las relaciones que se establece en los grupos y cómo estas relaciones van conformando la estructura social del sujeto.

Además hay que acotar que la actividad discursiva no se refiere únicamente a enunciados lingüísticos, sino que, en su esfera oral, está además acompañado de otras expresiones no verbales necesariamente; como son los gestos, los silencios, las entonaciones y modulaciones de voz, así como expresiones de la cara que le dan un mayor aporte de significado a lo que se está expresando.

Tomado como referencia a la Psicología Social, se suele utilizar el concepto de discurso para referirse a un fragmento de interacción lingüística. Este fragmento es utilizado para referirse a cualquier tipo de intervención verbal. Por ende, aquello que define al discurso como unidad de análisis es la coherencia de una comunicación lograda, es decir, que esté dotada de sentido para aquellos que han participado en ella.

Pero hay que especificar que no todo es un discurso, según Iñiguez Lupicinio y Antaki Charles (1994), indican que hay dos criterios para denotar si es o no discurso, el primero tiene que ver con la interpretación y el rol que maneja el sujeto en dicho lugar (dirigente parroquial), y el segundo se denota si puede ser tomado como un conversación discursiva.

Es decir, el discurso puede ser entendido como una práctica política, en donde el individuo asume el rol (protagonista) dentro de la comunidad, y cómo este rol es

interpretado en las relaciones sociales que se establece en los individuos. A través del lenguaje, los seres humanos, internalizamos los objetos externos, damos significados a las cosas, construimos percepciones del mundo y nos construimos, como sostiene Bourdieu, en un espacio social. De esta manera es como se transmiten ideologías y discursos.

Es así que los distintos discursos han estructurado las ideologías o concepciones adversas frente al tema de las discapacidades, de esta manera han influido en las personas que tienen alguna deficiencia, se han convencido que son individuos en desventaja o limitaciones. Esto ha ocasionado el discurso simplista en donde la persona con discapacidad mantenga una ideología naturalizada sobre su existencia de vida, en cuenta a su diversidad generando sociedades totalmente excluyentes y discriminadoras.

Por esta razón la ideología es de suma importancia, construye el discurso de cada sujeto, esta se desarrolla en la estructura social, es decir, en las acciones cotidianas de cada sujeto.

Además las ideologías que crea el individuo en su diario vivir se sostienen en los discursos y éstos en el lenguaje, de esta forma el lenguaje es el que relaciona al individuo con la sociedad.

Desde el modelo tradicional, las personas con discapacidad fueron “caracterizados como sujetos susceptibles de asistencia y caridad, de protección de tutela y de cuidados; fueron ubicados socialmente entre los atípicos y los pobres, no aptos para la producción lo que originó una doble marginación, la orgánica-funcional y la social” (CONADIS, Normas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades, 1995, pág. 5).

En este sentido la discapacidad es asociada con el rechazo social que puede tener una persona diferente a la otra, ya sea, por un factor orgánico-funcional o por el simple hecho de ser diferente (color de piel, raza, etc). Por esta razón se entiende a la discapacidad como una práctica política de exclusión y de opresión, es decir, se mira a la discapacidad como “tragedia absoluta”. En este sentido, una de las primeras dificultades

con las que nos encontramos a la hora de abordar la discapacidad como discurso, es que éste resulta muy difícil de aislar de otros discursos contemporáneos, especialmente de los que se refieren al cuerpo y la salud, es decir, los discursos que discriminan a una persona desde la falta (ausencia) y la enfermedad.

Es así que se ha ido afianzando y desarrollando un discurso hacia la persona con discapacidad desde lo útil (lucrativo) o inútil (improductivo). Por este motivo la persona con alguna discapacidad pasó a ser un sujeto de administración del Estado, convirtiéndose en objeto de protección y de amparo, es decir, sujeto que necesita de asistencia. De este modo, se pasa de la beneficencia que parte del menosprecio hacia el otro (orden público), luego deviene en sujeto de asistencia (derecho legal) y posteriormente a la de asistencia como seguridad social. Todo esto se da en relación al desarrollo industrial de la sociedad, a la producción y al consumo.

Se puede decir que en primera instancia, la discapacidad se la toma desde lo moral, relacionándola con la religión (donde primaron las concepciones de bueno, malo, válido o inválido). Mientras que con el capitalismo, se percibe desde lo funcional (productivo, improductivo). Por este motivo las personas con discapacidad están encerradas en el discurso de la compasión y la tragedia, es decir, dentro de la enfermedad.

De esta forma se ha establecido claramente los espacios y los roles que a cada persona le pertenece. Se crea también los imaginarios en el niño, joven, adulto y discapacitado, que parten de las percepciones y definiciones que establece las instituciones. Así el discurso de la discapacidad va a depender de lo que digan las instituciones de salud y sus principales modelos de intervención y asistencia que se reflejan en las políticas de Estado.

Es en este proceso que se legitiman los discursos, a través de la figura dominante del Estado. Este es quien ha tenido la responsabilidad de dirigir, mantener e instaurar dichos discursos, a través de las instituciones. Es el Estado quien ha impuesto y ha influido en los distintos discursos para establecer verdades, crear teorías y así tener un total dominio y control de los distintos discursos. Es así que la discapacidad pasa a definir al sujeto

social, lo identifica, es decir, la discapacidad viene hacer una forma de expresión y de identidad, se considera a la persona con discapacidad como cuerpo discapacitado con pocas oportunidades, condenándolo a una constante discriminación discursiva.

Además la sociedad ha diseñado un modelo basado en el discurso del miedo y la ignorancia. La discapacidad necesita un discurso nuevo en donde se pueda ofrecer a todas las personas de creer en lo que son, en sus habilidades, conocimientos, destrezas, que permitan desarrollar más sus fortalezas y así dejar a un lado lo que tienen o dejan de tener.

Las percepciones han construido discursos que han definido a ese otro con discapacidad como un alguien en inferioridad de condiciones. Incluso se puede detallar que, la misma palabra discapacidad tiene una carga ideológica minimizante, porque viene del opuesto capacidad, mientras que el prefijo “dis” es lo mismo que in, incapacidad, es por esto que hasta ahora se piensa en términos funcionales.

De este modo el propósito del análisis del discurso no es simplemente descubrir las ideologías subyacentes (profundas), sino, articular sistemáticamente las estructuras del discurso con las estructuras de la ideología (Van Dijk, 1996), es decir, el discurso debe estar asociado a los significados ideológicos que dan lugar a los procesos mentales, conformando estructuras que permita el conocimiento del contexto social en el que se encuentra el sujeto.

Es por eso que cuando se habla de los personas con discapacidad, la sociedad lo asocia con imágenes de cuerpos débiles que tienen deficiencias o problemas, que les falta algo para ser “completos”, o “normales”. Es decir prima la imagen sobre el concepto. Es así que no importa que se busquen términos menos discriminantes o excluyentes, sino se cambia el imaginario de la sociedad. Por lo tanto si no existe neutralidad en el discurso, siempre se estará dándole un lugar o determinándole al otro.

Tomando en cuenta lo analizado se puede decir que los modelos conceptuales mundialmente aceptados acerca de la definición de las personas con discapacidad

funcionan en base a los discursos que cada institución crea y recrea en los diferentes momentos de su historia. Estos Modelos son un conjunto de construcciones teóricas que permiten el abordaje de la discapacidad desde una perspectiva determinada por la influencia de conceptos, ideas y valores. Los mismos reproducen en los discursos una manera de comprender, ver y conceptualizar la realidad de la persona con discapacidad, se crea y se moldea la temática según el paradigma imperante. De esta manera se ha determinado un discurso a partir del poder que se establece en los diferentes enfoques y perspectivas históricas asociadas a la discapacidad.

Además las actitudes sociales ante la discapacidad, son en muchos casos los obstáculos a la verdadera integración y participación social de las personas con alguna discapacidad. Por esta razón es de gran importancia la difusión social de las imágenes positivas de la discapacidad, dirigidas a mejorar las actitudes de todos los estratos de la población y así poder demostrar los prejuicios existentes, sin que ello implique ocultar los problemas y las necesidades de las personas con discapacidad.

Se sabe que la humanidad es diversa, que cada persona se desarrolla en múltiples campos y que posee características y cualidades específicas que la hacen única. Es a esa visión de diversidad y de unicidad a la que se debe enseñar respeto, tolerancia y solidaridad, para que de esta forma se pueda hablar de una verdadera inclusión.

Se trata entonces de cambiar la sociedad de manera que se adapte a las condiciones que puede tener una persona con discapacidad y así alcancemos la plena ciudadanía de la que en la actualidad estamos privados. Pero no se trata sólo de cambiar los edificios, las instalaciones, la accesibilidad del espacio para la persona con discapacidad, sino el concepto social que se tiene ante el ser diferente, quien también es portador de derechos y deberes como todos los individuos, llegar a la tolerancia y respeto por el otro.

## CAPÍTULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1 El imaginario de la discapacidad en el Hospital Carlos Andrade Marín

Para ubicar el imaginario en el Hospital Carlos Andrade Marín (H.CAM) en la perspectiva de la política pública es imprescindible situar a manera de texto-contexto que se entiende por política pública, relacionarla con el marco jurídico del Estado, colocada en la Ley Orgánica de Discapacidades, con ello se procede a trabajar el análisis de discurso.

El trabajo se centra en el estudio de registro y se analiza la Ley Orgánica de Discapacidades, relacionada con la salud, por ser el único documento existente que refiere a la mirada sobre discapacidad, no existe documento en ninguna institución del Estado que refiera a la política pública sobre discapacidad, esta pesquisa se complementó con entrevistas a funcionarios del Hospital Carlos Andrade Marín. En su totalidad fueron once entrevistas las cuáles son; dos entrevistas a las autoridades del hospital, dos entrevistas a los médicos del área de calificación médica, dos entrevistas al departamento de psicología (calificación discapacidades), una entrevista a la trabajadora social de discapacidades, cuatro entrevistas a personas en situación de discapacidad en el área de psicología, rehabilitación física y calificación médica.

El análisis del discurso como técnica de interpretación se aplica a mirar tres campos: Concepción de discapacidad, accesibilidad y atención. Se adopta la propuesta de Van Dijk y Mendizábal con sus niveles de análisis de discurso.

Para el análisis del presente trabajo se tomó en cuenta los niveles en los que trabaja Rodrigo Mendizábal, estos niveles permiten identificar las narraciones discursivas, y como estas narraciones se van contextualizando con los objetivos planteados al inicio del trabajo, es decir, a partir de estos niveles se puede ir connotando y comprendiendo los discursos y situar la construcción del imaginario de las políticas públicas con respecto de la discapacidad.

Otra razón por la que se trabajó en base a los componentes del análisis del discurso de Rodrigo Mendizábal, es porque el autor trabaja desde el “análisis cualitativo del discurso, permite explorar el problema de las representaciones, de los imaginarios, en definitiva, la ideología como factor constituyente articulador de la cultura y de la sociedad contemporánea (Mendizábal & Van Dijk, 1999, pág. 8). Mediante este enfoque se puede trabajar en las concepciones y percepciones que tienen las unidades de atención del H.CAM, es decir, se puede visualizar las diferentes problemáticas (imaginarios, representaciones) sociales sobre discapacidad, y como estas ideologías definen los discursos hegemónicos cuya referencia o centralidad se localiza en los sujetos sin discapacidad.

El primer componente que se tomó en cuenta es el nivel de relato, permitió conocer y ubicar al enunciador/narrador, los discursos que plantea el Estado y como estas narraciones transforman el imaginario del sujeto. Además en este primer nivel se pudo detallar la estructura narrativa y conceptual de los discursos, es decir, como se va estructurando la ideología a partir de las experiencias discursivas de cada sujeto, y así, analizar las significaciones (referentes, contexto en el que vive) que de alguna manera han sido impuestas por las instituciones, y cómo estas significaciones se han naturalizado, generando malestar psíquico y social en los sujetos en situación de discapacidad.

Por su parte el nivel de contexto permitió conocer los discursos y el modo de ver la realidad de una persona sin discapacidad, las relaciones que de una u otra forma reflejan un contexto hegemónico hacia la persona en situación de discapacidad, en definitiva, la realidad en la que viven estas personas, como se las sigue denominando desde un poder discursivo en base a las distintas épocas socioculturales, por lo tanto, se identificó el contexto que les rodea.

Consecuentemente el nivel de contexto, permitió puntualizar el nivel ideológico, se toma en cuenta el carácter socio-histórico y socio-político de las personas en situación de discapacidad, cómo estos elementos influyen en los imaginarios de los sujetos, identificando en las entrevistas un tipo de relaciones sociales de superioridad hacia el otro, develando un doble discurso, a pesar de ser un sujeto de habilitación-rehabilitación

según la Ley Orgánica de Discapacidades, es la misma Ley que lo ubica como individuo de asistencia y protección, por lo tanto, la persona en situación de discapacidad vive una incertidumbre constante como sujeto de políticas de asistencia y no de políticas que lo constituyan en sujeto de derechos.

Por otra parte las entrevistas que se realizaron, en el Hospital Carlos Andrade Marín, fortalecieron el análisis. Permitieron situar el imaginario de los sujetos, ello responde a una lógica de poder y dominación hacia el otro, trazado por el discurso científico, generando discursos e ideologías de discriminación y de exclusión política y social en las prácticas cotidianas. Las entrevistas se efectuaron a personajes claves (funcionarios) de H.CAM, de los siguientes departamentos: calificación médica, discapacidades; salud mental, (calificación carnet CONADIS); trabajo social, discapacidades; área de urología. Entrevistas realizadas a personas en situación de discapacidad: al jefe del área de urología; área de rehabilitación física; área de rehabilitación ocupacional; calificación medica, área de psiquiatría. Entrevistas a las autoridades de H.CAM: Coordinadora del departamento de relaciones públicas; jefe del departamento de relaciones públicas.

A partir de esto se logra definir la construcción discursiva existente en lo que compete a políticas públicas, esta develó un margen (sin participación) en donde los funcionarios civiles (sujetos en situación de discapacidad) no promulgan las políticas públicas, no son sujetos de decisión socio-política como lo plantea Pablo Ortiz “las políticas públicas son decisiones sociales de los ciudadanos ante las autoridades, las políticas públicas son respuestas que el Estado puede dar a las demandas de la sociedad, para la toma de decisiones según las necesidades requeridas ” (Ortíz, 2013). Por lo tanto, se crea políticas públicas para la persona en situación de discapacidad, sin tomar en cuenta a estas poblaciones, sus necesidades, su experiencia de vida, aquí surge la primera paradoja, se infiere que no existe documento sobre la política pública, solamente la existencia de la Ley Orgánica de Discapacidad, se constituye en la referencia jurídica sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad, y ahí la contradicción, la ley adquiere un carácter de arbitrariedad, no existió presencia de las organizaciones y personas que representen a las personas en situación de discapacidad, por tanto no cumple con la premisa mencionada por Ortiz.



Por ello una de las dificultades al momento puntualizar las políticas públicas, fue la inexistencia de documentación sobre la misma dentro del H.CAM, el CONADIS y el Ministerio de Salud, si bien es cierto se habla de políticas públicas, pero estas no existen como documento en dichas instituciones, por lo que se procedió a realizar el análisis de registro a partir de la Ley Orgánica de Discapacidades, por lo tanto, este documento protocolizó el análisis del imaginario, las representaciones, percepciones para la formulación de políticas públicas.

Hay que tomar en cuenta que el objetivo primordial es analizar los discursos, y si estos se han orientado a la construcción de políticas públicas, y del reconocimiento a la diferencia, dicho en otras palabras cómo se ha ido formando las percepciones políticas y sociales para la inclusión de las personas en situación de discapacidad en la esfera social a la cual pertenecen.

Ello coloca al mismo sistema de salud quien infringe la ley, y en consecuencia los derechos de las personas en situación de discapacidad, por ejemplo, la ley promueve la ejecución de planes, proyectos y programas hacia las personas en situación de discapacidad para la rehabilitación oportuna y eficaz; pero se afirma a decir de los funcionarios que en el hospital Carlos Andrade Marín (profesionales de la salud, pacientes, autoridades), que no existen programas, ni seguimiento para las personas con discapacidad, reproduciendo la condición de invisibilidad jurídica, y no se cumple lo establecido por la ley en el principio cinco del capítulo segundo, de ser población prioritaria. “Celeridad y eficacia: en los actos del servicio público y privado se atenderá prioritariamente a las personas con discapacidad y el despacho de sus requerimientos se procesarán con celeridad y eficacia” (Discapacidades, 2012, pág. 12).

Por otro lado, se puede decir que en la última década, la tendencia ha sido fomentar la integración y la participación para remediar la exclusión de las personas con discapacidad, esta tendencia política social ha permitido de alguna forma clasificar a las personas con discapacidad (discurso científico), esta ponderación esta todavía limitando a las personas con discapacidad, pues no se direcciona una inclusión participativa por parte de las instituciones.

Con el discurso científico se ha generado al interior del H.CAM procesos de calificación a través de ciertos instrumentos (técnicas que definen a la discapacidad). Este procedimiento ha desarrollado formas de jerarquización social que a la postre producen exclusión social.

Es así, las discapacidades que acceden al servicio hospitalario del H.CAM, tienen situación discapacitante (accidentes de trabajo, enfermedades orgánicas). Esto conlleva que no se piense en que se puede desarrollar una discapacidad por alguna enfermedad, por lo tanto, las personas que acceden tienen recursos económicos, culturales, políticos, es decir, no hay una política pública real por parte de las instituciones (Ministerio de Salud Pública, CONADIS) que garantice el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, “la mayoría de la gente viene por que han tenido accidentes laborales, por alguna minusvalía, la mayoría son discapacidades adquiridas” (T, 2013). Hay una exigencia de restitución de los derechos laborales a las personas con discapacidad (otras discapacidades, síndromes, etc), pero no se menciona que programas planes, proyectos son tendientes a mejorar en términos educativos y de salud el rendimiento de los funcionarios de la salud. Con esta particularidad de atender casos de condición discapacitante, hace que circule la idea del otro, el discurso de la minusvalía de la invalidez, lo que hace observar un imaginario de anormalidad, de incompletud.

Se menciona, aunque es complejo el hecho de determinar la veracidad de la afirmación, es que las influencias políticas, administrativas de determinados funcionarios, hace que se facilite la edificación “de la discapacidad”, mucho antes de personas que se ubican en situación social y de clase que no tienen influencia con los funcionarios públicos.

Por lo tanto, se puede notar que el acceso al H.CAM, es para las personas con poder económico, político, cultural (personas que aportan al IESS), es decir, no se abarca en su mayoría a personas con discapacidades congénitas, no existe un seguimiento por parte del hospital para estas personas. Ello se constata al momento de establecer los turnos para las personas en situación de discapacidad, no tienen ninguna atención prioritaria, “ya vienen destinados lo turnos, se les atiende, ahora cada médico están dando ellos mismo los turnos, les dan los turnos a cada uno de los paciente, entonces ya viene con (...), no se puede diferenciar si es discapacitado o no, entonces directamente les dan los

turnos” (M, 2013). Esto refleja otras formas de exclusión y marginación que es la “exclusión de clase”, el H.CAM, como institución de salud, dentro de su estructura burocrática discrimina y excluye a los sujetos con discapacidad. Es así que la concepción sobre discapacidad que circula en el H.CAM no ha cambiado a otras concepciones épocas y reproducen la discriminación. Se muestra una serie de acciones ambivalentes y contradictorios que materializan los imaginarios del otro como indefenso, pero invisible; esta contradicción toma fuerza cuando el Estado asume el control y la administración de las instituciones creadas para la rehabilitación y protección de las personas en situación de discapacidad, es decir, el Estado responde a las condiciones de los sujetos con discapacidad, a través de la integración, esta situación garantiza el efecto de la Ley Orgánica de Discapacidades, pero la acción institucional en el H.CAM no es coherente con la narrativa de la ley, así se explica por ejemplo la inexistencia de una arquitectura incluyente en la institución.

La sociedad ha sido parte del desarrollo político y social para las personas con discapacidad, pero este desarrollo ha llevado a la modernización en donde las estructuras sociales se han caracterizado por el mejoramiento de los servicios, es decir, se mejoran los servicios en función al sistema de producción, de lo funcional, por ejemplo, una persona con carnet CONADIS es atendida, contratada, por el sistema político que está establecido en la ley, no es tomada en cuenta como una persona de derecho, sino, como persona de asistencia estatal, que debe ser considerada por obligación (amparada por la ley), y no como ser actuante, que puede funcionar de igual o mejor manera dentro de cualquier actividad. En este sentido, se vive una modernidad que genera otras formas de exclusión en donde las personas con discapacidad son parte de nuevas exigencias que plantea una sociedad cada vez más compleja y participativa.

De esta forma, no se reconoce el quehacer social y político de las personas en situación de discapacidad, se sigue visualizando grupos marginados y excluidos, pues, no existe instituciones creadas por las personas con discapacidad que demuestre las necesidades, expectativas de estas personas, y en caso de existir no tienen ningún apoyo económico, político por parte del Estado, por lo tanto, devela discrepancia, incoherencia por parte del Estado hacia la sociedad (Ley Orgánica de Discapacidades), en este sentido la

persona en situación de discapacidad se convierten en individuo de atención benéfica y no de presencia política, esto genera un imaginario de menosprecio, discurso hegemónico hacia la persona con discapacidad como al ser diferente.

En este sentido no se está ejecutando la atención y accesos a servicios para las personas en situación de discapacidad, no hay prioridad para la persona con discapacidad en el H.CAM, y en caso de ver asistencia, esta se da a través de un departamento que califica y da un porcentaje a la discapacidad, sin ningún tipo de seguimiento especializado para la rehabilitación oportuna de las personas en situación de discapacidad, por lo tanto, sobresale dicha pregunta ¿Hasta qué punto el discurso médico puede crear un baremo o protocolos de atención para definir los derechos del otro?.

#### **4.2 Políticas públicas**

El presente trabajo toma como referencia importante el abordaje sobre las políticas pública por esta razón se define a la política como primer punto de relevancia. La “políticas públicas como una expresión de un designio general o abstracto, o un estado deseado de cosas: cuando se habla de p.e. de construir nuevas sociedades, nuevas dimensiones” (Calderón, 2008, p. 9).

Hay que tomar en cuenta que el término política proviene del griego polis y se refiere “a los Estados de la antigüedad” (Diccionario; Océano Uno, 2000). Proyecta un significado de pluralidad y no de individualidad, en este sentido se podría decir que el individuo no estaría comprendido dentro de este término, porque se enfatiza en los otros y no en el otro (ser individual), por esta razón la polis da un sentido a la política de comprensión y resolución de conflictos, pero siempre y cuando se la entienda desde la evolución de la polis.

Carlos Sánchez menciona que para Mac Rae y Wilde la política es “un curso de acción seleccionado que afecta significativamente a un gran número de personas” (Sánchez, 1996, p. 14).

Braulio Vargas señala que para Dye las políticas públicas son “los proyectos gubernamentales y las actividades administrativas propuestas y gestionadas desde el Estado (a través de un gobierno y de una administración pública) con la finalidad de satisfacer las necesidades de una sociedad en el presente y también en el futuro” (Vargas, 2004, p. 49).

Entendiendo así a la política pública como intervención del Estado, como garante de derechos, proveedor, financiador y regulador en la sociedad a través de la formulación de políticas públicas (derecho y participación impuesto) para la “reducción” y “eliminación” de las inequidades y desigualdades sociales por medio de la redistribución de recursos, medios y servicios con el fin de generar capacidades e iguales oportunidades para toda la población en general. Según la definición establecida por Dye se podría decir que no abarca la intervención-acción ciudadana para regular y integrar las demandas expuestas al Estado, para que este satisfaga las necesidades colectivas y sociales.

Además Carlos Sánchez toma en cuenta la definición de políticas públicas Eulau y Prewitt, es “una decisión permanente por una conducta consistente y la repetitividad por parte tanto de aquellos que la elaboran como de aquellos que se atienen a ella” (Sánchez, 1996, p. 2). Es decir, las políticas públicas brindan normas sociales que definen límites de lo aceptable o no aceptable en la convivencia humana, promoviendo así igualdad política-social de sus participantes. Se abarca una definición más global, manifiesta que las políticas públicas ofrecen modelos sociales a los actores políticos permitiendo evidenciar las decisiones establecidas por el colectivo o grupo social.

Francisco Calderón señala que para Pallarés las políticas públicas son como “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” (Calderón, 2008, p. 10). Es decir, Francisco Calderón plantea que el gobierno es el factor esencial sobre la sociedad, como eje central para la ejecución de la política pública. Considera a las políticas públicas como las acciones del gobierno

orientadas a dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad. En el sentido de que las políticas públicas deben estar enfatizadas y propuestas por y para los ciudadanos y no por el gobierno para consolidar de alguna forma a las instituciones gubernamentales.

Además las políticas públicas son decisiones que se toman en un lapso determinado, los cuales transforman las opciones políticas que normalmente generan una secuencia lógica o racional (Calderón, 2008).

Es por esto que se puede entender a las políticas públicas como el objetivo primordial para el funcionamiento de los distintos escenarios (social, económico y político). Además modifican nuestras actitudes, y nuestros métodos de organización y gestión (Calderón, 2008), es decir, “lo que no es poco, porque en definitiva, supone mudar la piel, transmutar la cultura organizacional de nuestras organizaciones, tanto públicas como privadas” (Calderón, 2008, p. 4). Por ello, adaptarse a los nuevos tiempos, significa en términos sociales, propensión al cambio, a través de instrumentos de intervención que son las políticas públicas, “no cambiar significaría permanecer en la marginalidad” (Calderón, 2008, p. 5).

Es por eso que la política pública ha sido el recurso habitualmente empleado por las sociedades europeas para afrontar los diferentes cambios, que históricamente ha debido afrontar, promoviéndose así la innovación tecnológica, social y organizacional, que de alguna manera han generado nuevas demandas sociales, maximizando el escenario económico y gubernamental del Estado.

De esta manera las políticas públicas han sido entendidas como las respuestas que el Estado puede dar a las demandas de la sociedad, en forma de normas, instituciones o servicios. En este sentido, está ligado directamente a la actividad del Estado, es decir, involucra una toma de decisiones y previamente un proceso de análisis y de valorización de dichas necesidades (Calderón, 2008).

Francisco Calderón menciona que para Sempere Navarro la noción de política “debería plantearse el concepto de pública, y así tener una fácil hilación, sería considerar como pública a la política, desarrollada por una autoridad pública” (Calderón, 2008, p. 10). Es decir, la política como tal, debería facilitar la gobernabilidad de todos los asuntos públicos y privados para la participación de las personas en la sociedad.

Dentro de las políticas públicas se consideran dos tipos de información, por una parte las políticas implícitas o política reservada, estas las políticas de trato confidencial que generalmente se las relaciona con las decisiones que toma el Estado (Sánchez, 1996), es decir, este tipo de políticas se manejan al interior de los gobiernos (autoridades), y por otro lado están las políticas explícitas o política pública, estas políticas son las que se puede dar a conocer a todos los sujetos de la sociedad (Sánchez, 1996), estas políticas pueden ser manejadas por las autoridades y ciudadanos.

“Si el estado del mundo refleja el estado de nuestra mente colectiva, parece que estamos atravesando una crisis existencial colectiva en la que debemos elegir entre la autodestrucción o la autocuración (Lellis, Álvarez, Rosseto, & Saforcada, 2004, p. 1). Hay que tomar en cuenta que si los sujetos no realizan nada para manifestar el malestar individual y colectivo de una sociedad, es probable que estemos como sujetos de sumisión ante las exigencias del Estado, pero si el individuo contribuye con el bienestar físico, emocional, mental, existencia y espiritual como lo menciona Martín de Lellis, por seguro habrá un cambio positivo en el bienestar de la totalidad, incrementándose políticas públicas que contribuyan la salud individual y colectiva de los seres humanos.

Además se debe acotar que las Políticas Públicas han sido las acciones prioritarias que el gobierno ha enfatizado para el beneficio del Estado como tal que de la misma sociedad. Han tomado situaciones comúnmente identificadas, dejando de lado escenarios socialmente problemáticos que se caracterizan por la identificación de una necesidad social (realidades de las personas), dichas problemáticas han sido establecidas por la colectividad sin ser inmiscuidas como problemas reales y de prioridad, manteniendo al individuo fuera del ente político-social al que pertenece. Martín de Lellis menciona que “el derecho de gentes (derecho internacional) no será otra cosa que el desorden y la

inequidad constituidos en organización permanente del género humano, en tanto que repose en otras bases que las del derecho interno de cada Estado” (Lellis, Álvares, Rosseto, & Saforcada, 2004, p. 2).

Es por eso que la política pública debe ser entendida como acción de la sociedad y no como información confidencial para la conveniencia nacional e internacional, en donde los derechos y participación ciudadana este naturalizado, es decir, la política pública debe englobar las demandas que genera los sujetos sociales y no las demandas encontradas por el Estado por medio de un factor regulador. En este sentido los Estados deben abstenerse a toda política que pueda afectar el desarrollo del sector público (educación, salud, cultura) y de esta manera no implique la exclusión y reducción de los servicios político-social.

En general sería reconocer tres requisitos fundamentales que menciona Martín de Lellis desarrolla en el libro psicología y políticas públicas en salud para que la política pública sean humanizadas. El primer requisito que menciona es:

Hacer que el accionar político de los gobiernos de las distintas jurisdicciones (nacional, provincial, estatal y municipal) entre en el orden de lo público, lo cual exige por un lado transparencia, información y apertura de las estructuras de gobierno a la participación de la ciudadanía y, por otro, que los miembros de la sociedad participen en la tarea de gobierno, tanto con relación al poder legislativo como al ejecutivo. (Lellis, Álvares, Rosseto, & Saforcada, 2004, p. 11)

Dicho párrafo menciona en otras palabras que se debe fortalecer los roles de la ciudadanía en la poder legislativo como social. Es por esto que el aporte de la psicología social es equilibrar y mejorar la responsabilidad cívica, tomando en cuenta el orden público y la participación del poder individual y colectivo. El segundo requisito “implica que se diseñen, gestionen y evalúen el mayor número posible de políticas públicas que se vinculen causalmente con el desarrollo humano y social integral desde la perspectiva ecosistémica” (Lellis, Álvares, Rosseto, & Saforcada, 2004, p. 12). A lo que se refiere en dicho requisito es que se debe aportar en las estructuras de las políticas públicas con el



fin de mostrar la necesidad y utilidad de dichas políticas y transformar el punto de vista del desarrollo humano. Se podría decir que este es uno de los fundamentos de la psicología social, pues emerge y se desarrolla para la transformación de las estructuras de poder, con la finalidad de resolver problemas vinculados a fenómenos sociales (catástrofes), para el equilibrio de las interrelaciones individuales y sociales.

El último requisito es el factor humano, las “políticas públicas deben estar acompañadas por legislación que también sea elaborada incluyendo esta perspectiva, de modo de reforzar el entramado político-legal que hace a una sociedad fértil para un desarrollo humanamente integral y sustentable” (Lellis, Álvares, Rosseto, & Saforcada, 2004, p. 13). Se refiere a la capacidad de organizar un poder ejecutivo y legislativo que genere una cultura en donde los procesos psicosociales requieran de un análisis, para que se pueda configurar (equiparar) los procesos de sociabilización, y así rejuvenecer el paradigma del entramado social del que ha sido parte la humanidad desde su antigüedad. Por este sentido los psicólogos sociales deben canalizar el accionar humano tomando en cuenta los recursos humanos que se instalan en las políticas públicas para la existencia de los derechos y deberes sociales.

Es por este motivo que las políticas públicas no deben estar segmentadas bajo un enfoque sectorial, sino, deben estar apuntadas a distintas dimensiones que deben necesariamente satisfacer las demandas de la sociedad. Además las políticas públicas deben propiciar planes, programas y proyectos en pro de y orientados hacia la sociedad a través de la intervención del Estado. Pero esta intervención del Estado debe ser entendida para la accesibilidad y realización de las acciones de los sujetos para la sociedad y el Estado. De esta forma las políticas públicas deberían tender a mejorar la calidad y estilo de vida de los habitantes del país, así como asegurar la protección social y equiparar los desequilibrios sociales.

Pero es preciso mencionar que las políticas que son aprobadas e implementadas por el Estado, reflejan la distribución del poder, de modo que, las políticas públicas representan el proceder institucional y como estas variables pueden ser atribuidas para las estructuras

del Estado. Es por esto que el Estado siempre ha pretendido regular a la sociedad por medio de organizaciones y redes de interacción pública, dichas redes sirven de enlace para desarrollar la acción del Estado, dejando de lado los ámbitos escogidos por la sociedad.

Por lo tanto las políticas públicas se configuran a través de las relaciones e integraciones establecidas por el Estado, así la sociedad, conforma en sus redes colectivas e individuales un punto de vista jurídico (ideología impuesta), sin involucrar un pensamiento sociológico que permita reflexionar la realidad en la que vive el sujeto.

De este modo, se puede decir que el Estado se encuentra en el centro del accionar social, es decir, el Estado siempre busca incidir y modificar en cierto sentido el espacio social, tomando otras palabras, el Estado ha transgredido y ha violentado la movilización de actores públicos y privados generando controversias sociales, por ende, dependencia gubernamental.

Por otra parte, hay que tener en cuenta la concepción que maneja el Estado dentro del servicio de salud, es la del sistema biomédico, que de alguna u otra forma asistido al individuo desde una noción orgánica, es decir, ha acudido al sujeto desde el problema físico dejando de lado el paradigma integral y social de la persona, dicho paradigma ha partido desde la propuesta biomédica (servicio de Estado) hacia los servicios de salud, estos servicios han presentado una nueva forma de pensar dentro del servicio de salud, que es representado en los imaginarios de los sujetos, definiendo así una concepción política que abarque el pensamiento Estatal (biomédico), contribuyendo de manera más “integral” una nueva formulación de políticas públicas en la sociedad.

Es así que uno de los enfoques a los que debe apuntar las políticas públicas dentro del sistema de salud es, que debe dar “origen a un conjunto significativo de políticas públicas, cuyo eje sería la inclusión de lo mental en la salud” (Lellis, Álvares, Rosseto, & Saforcada, 2004, p. 27). Es decir, se debe manejar una adecuada relación con las oportunidades de los sujetos dentro de los factores psicosocial y cultural, tomando en

cuenta que el desarrollo de las políticas públicas esta en las política como tal (acción-participación), en donde se debe promover espacios grupales y sociales para que de esta forma no sea un atención hospitalaria o servicio de “sanación”, sino, que se promueva lo mental en la salud como formula Martín de Lellis, en los que se genere aportes de los profesionales en psicología en todas los ámbitos (político, social, económico, cultural), constituyendo marcos teóricos más sólidos desde las acciones individuales y colectivas que se desprenden de los imaginarios de los sujetos.

De esta manera la concepción de salud del Estado es lo que ha definido a la discapacidad como servicio de asistencia y de incapacidad, confundiendo terminologías como perspectivas ideológicas de los sujetos, de esta forma la discapacidad es lo que define el servicio de salud, dicho servicio ha formulado la política desde la idea gubernamental. He aquí donde se han enunciado las políticas públicas como “aporte fundamental” para la legitimidad de los servicios y accesos. Esta controversia genera dos preguntas. ¿Existe las políticas públicas para el servicio de salud? ¿Están siendo aplicadas dichas políticas?

Todas estas controversias han permitido que me arriesgue a una definición personal de política pública, tomando en cuenta que puedo ser parte de críticas constructivas como destructivas, así la política pública, no debería ser más que el conjunto de objetivos colectivos considerados necesarios para la acción (desarrollo equilibrado y de igualdad) individual y grupal, para que de esta forma se modifique y se transforme el contexto que genera malestar social a los sujetos.

Las políticas públicas se configuran por ciertos modelos que se han considerado como referentes básicos para la formulación de dichas políticas, éstas son:

- Establecimiento de objetivos generales, determinan los objetivos técnicos que van hacer utilizados para la distribución del tiempo en determinada acción (Sánchez, 1996).

- Criterios de aplicación, “se refiere a las categorías de aplicación programática de la política pública” (Sánchez, 1996, p. 16). Es decir, cual es la funcionalidad y quien esta responsable del desarrollo en cuanto a su organización, recursos, infraestructura, etc.
- Funciones de producción.- “se refiere al volumen de re-cursos y como estos están organizados para llevar a cabo los objetivos” (Sánchez, 1996, p. 17). Se refiere a las relaciones de trabajo, calidad de recursos humanos, tecnología, etc.
- Acciones generales.- se puede decir que son todas las decisiones políticas sobre la organización y funcionamiento de las actividades (Sánchez, 1996).
- Asignación preliminar de recursos.- se refiere principalmente al aspecto financiero y a la provisión de recursos, por lo tanto, a la distribución y control del gasto (Sánchez, 1996).
- Organización y desarrollo del sistema.- dentro de este elemento se analiza las medidas que se van a tomar para el desarrollo y producción de los programas establecidos. Se debe tomar en cuenta factores sociales, políticos, económicos e ideológicos (Sánchez, 1996).
- Articulación intersectorial, se refiere a las “demandas de los recursos humanos, financiamiento, insumos, equipo, etc, que son necesarios para el funcionamiento de la política pública” (Sánchez, 1996, p. 19). Dentro de este factor se trabaja en los análisis de viabilidad y factibilidad para la ejecución de acciones.
- Control y evaluación.- es toda la información controlada y evaluada, se detallan los resultados obtenidos en beneficio de las demandas sociales establecidas por las personas involucradas, formulando propuestas de acción futura (Sánchez, 1996).

En este sentido las políticas públicas tienen gran importancia en la creación de oportunidades para los individuos y de la colectividad, impactando positivamente el bienestar personal y la calidad de vida del sector público como privado.

### **4.3 Políticas públicas en el Ecuador**

Las políticas públicas y su meticulosa planificación son esenciales para el pleno funcionamiento de un sistema social, pero sobre todo para el pleno desarrollo del país, en el año de 1954 fue creado el JUNAPLA como Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica y fue declarada como organismo asesor del poder público; posteriormente, en 1979 es reemplazada por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADIS, Normas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades, 1995).

Sin embargo, con el sobreendeudamiento de los años 70' producido por la crisis fiscal, la caída de los precios del petróleo y la famosa crisis de la deuda externa; en la década de los 80' los gobiernos del país dejaron de lado la planificación nacional en torno a políticas públicas para el desarrollo y pusieron su prioridad en el manejo presupuestario, dando como resultado, la liquidez de la caja fiscal, el ajuste fiscal, la solvencia del Gobierno Central y las políticas públicas fueron direccionadas únicamente a controlar la inflación y a tratar de lograr cierta estabilidad económica (CONADIS, Normas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades, 1995).

Se puede decir que en el Ecuador las políticas públicas eran tomadas en cuenta desde el nivel económico, y desde la igualdad social se podría decir que este era asunto de segundo plano por los gobiernos en general. Es recientemente que con el Gobierno de la Revolución Ciudadana se da un re direccionamiento a la planificación para el desarrollo nacional, promoviendo ahora una planificación incluyente a través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), surge así como proyecto político el Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007 – 2010) y La Estrategia Nacional de Desarrollo 2022, las cuáles se convierten en el eje vertebral de las políticas públicas en el país, tanto a corto, como a mediano plazo. Refiriéndose al Plan Nacional de Desarrollo (PND), la SENPLADES afirma:

Este instrumento orienta la gestión pública y la asignación de recursos, y se elaboró con una visión integral, fruto de una participación social muy amplia: más de 3.000

representantes de organizaciones, instituciones y ciudadanía en general hicieron sus aportes. El Plan traza los lineamientos de una agenda alternativa y democrática para alcanzar el desarrollo sostenible y equitativo de Ecuador, y promueve una visión integral del desarrollo que privilegia la consecución del buen vivir. Ello implica una transformación de las estructuras que han reproducido relaciones de injusticia entre ecuatorianos y ecuatorianas. (SENPLADES; Constitución de la República del Ecuador, 2009, p. 11)

Este párrafo menciona que el Plan Nacional de Desarrollo y por ende todas las políticas públicas en el Ecuador, están dirigidas a promover el protagonismo social, a garantizar el ejercicio pleno de la participación pública y de los derechos humanos como también una democratización de la economía, es decir, “igualdad social, política y económica”.

La SENPLADES señala conjuntamente con la Constitución aprobada en el año 2008 que:

El PND 2009–2013 incorpora las 7 agendas sectoriales elaboradas conjuntamente con los Consejos de Política Pública, articulados por los 7 Ministerios Coordinadores. Los Planes de Desarrollo Territorial diseñados participativamente en las 7 regiones de planificación del país son parte del PND 2009–2013. De este modo, el Plan recoge las demandas de los territorios y se constituye en un instrumento fundamental para articular las políticas nacionales con las agendas de los gobiernos autónomos descentralizados. (SENPLADES; Constitución de la República del Ecuador, 2009, p. 12)

Las políticas públicas, como puede evidenciarse, en el Gobierno de la Revolución Ciudadana han tomado un papel muy determinante y un rol mucho más activo en el país, pero no se puede dejar de lado que las políticas públicas están basadas en éste eje del Plan Nacional de Desarrollo, denominado para este Gobierno como “Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013”. Para la SENPLADES el buen vivir es:

Una apuesta de cambio que se construye continuamente desde esas reivindicaciones por reforzar la necesidad de una visión más amplia que permita la aplicación de un nuevo paradigma económico cuyo fin no se concentre en los procesos de

acumulación material, mecanicista e interminable de bienes, sino que promueva una estrategia económica incluyente, sustentable y democrática; es decir, que incorpore a los procesos de acumulación y re-distribución a los actores que históricamente han sido excluidos de las lógicas del mercado capitalista, así como a aquellas formas de producción y reproducción que se fundamentan en principios diferentes a dicha lógica de mercado. (SENPLADES; Constitución de la República del Ecuador, 2009, p. 10)

Es decir el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), busca plasmar el proyecto de cambio social y político, construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural, en donde se reconozca y legitime el marco legal y social (la participación, la igualdad, la valoración, la justicia social, etc) del individuo, para lograr así la cosmovisión de los pueblos y culturas, en relación a los seres humanos y naturaleza y así lograr el Buen Vivir de la población ecuatoriana.

De esta forma el buen vivir es entendido como la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, estar en paz y armonía con la naturaleza y con las culturas humanas. Además el buen vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y se florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente nuevas identidades colectivas en donde cada uno sea visto como un ser humano universal, es decir, sin producir ningún tipo de dominación al otro.

La idea global del buen vivir, obliga a reconstruir lo público para reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros con el fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y reconocimiento del otro, y con ello viabilizar las relaciones y la construcción de un porvenir social compartido e idóneo.

Cabe recalcar que el Plan Nacional del Buen Vivir (PNDV), es un documento lleno de programas y proyectos a cumplir a nivel nacional por un corto período de tiempo, además busca más bien ser el inicio de un proceso de transformación estructural del

Ecuador a largo plazo. El Plan está organizado de tal manera que esté encaminado al desarrollo de capacidades y oportunidades, así como la acumulación y la re distribución del capital en diferentes sectores y actores del sistema económico. Además se puede decir que el Plan Nacional del Buen Vivir es un quiebre paradigmático en donde se intenta proponer orientaciones éticas que marquen el inicio de una sociedad libre, justa y democrática, generando un nuevo modo de distribuir riquezas y re distribuir los recursos para lograr el Buen Vivir de toda la población ecuatoriana (PNDV, 2009).

Es por esto que toda política pública requiere un continuo seguimiento y evaluación para determinar su cumplimiento y eficacia, para esto, se cuenta con la Subsecretaría de Seguimiento y Evaluación de SENPLADES, de este modo, los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir, en general, son evaluados por dicha Subsecretaría, realizando evaluación tanto de índole cualitativa como cuantitativa a las políticas, a los planes, a los programas y a las demás instituciones que los ejecutan.

De esta manera se podría decir que hay un interés por el cumplimiento y desarrollo de las políticas públicas, pero no se puede dejar de lado que a pesar de estar escritas las políticas públicas como deber y derecho, impuestas por el Estado, para la sociedad no son de gran relevancia, primeramente porque se desconoce dichas políticas o porque a pesar de conocerlas no son puestas en práctica como deber social o peor aún como derecho ciudadano.

#### **4.4 Análisis de resultados**

##### **4.4.1 Análisis a la Ley Orgánica de Discapacidades**

Para el presente análisis tomaré en cuenta lo establecido por Mendizábal (componentes del análisis del discurso) en el texto Análisis del Discurso Social y Político de Van Dijk. Dichos componentes han de permitir desglosar y analizar la Ley Orgánica de Discapacidades que se encuentra vigente en el país. Estos componentes son:



#### 4.4.1.1 Nivel del relato

“Que comprende el conocer el objeto de estudio y la interiorización hacia sus estructura” (Mendizábal & Van Dijk, 1999, pág. 129). Este nivel presenta cuatro subniveles:

##### 4.4.1.1.1 Ubicación general del relato

“Importa en esta parte situar al discurso dentro de un contexto, así como ubicar el enunciator/narrador” (Mendizábal & Van Dijk, 1999, pág. 130). Es decir, se relacionan los discursos para poder denotar la hegemonía de cada uno de ellos, posterior habrá transformaciones en dichos discursos.

La Ley Orgánica de Discapacidades (2012), en lo que concierne al área de salud, se sitúa en un contexto bio-médico y jurídico, “reconoce” los derechos sociales y políticos de las personas con discapacidad. El principio tres y cuatro del capítulo segundo de la Ley Orgánica de Discapacidad, señalan lo siguiente:

- **Igualdad de oportunidades:** todas las personas con discapacidad son iguales ante la Ley, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

No podrá reducirse o negarse el derecho de las personas con discapacidad y cualquier acción contraria que así lo suponga será sancionable. (Discapacidades, 2012, pág. 11)

- **Responsabilidad social colectiva:** toda persona debe respetar los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, así como de conocer de actos de discriminación o violación de derechos de personas con discapacidad está legitimada para exigir cese inmediato de la situación violatoria, la reparación integral del derecho vulnerado o anulado, y la sanción respectiva según el caso. (Discapacidades, 2012, pág. 11)

En este marco supone una superación de la exclusión de las personas en condición de discapacidad. A lo largo de la historia las personas con discapacidad han sido sujetos de discriminación en consecuencia una socio-jurídica marginación.

Hemos heredado una mirada del contagio, en donde las personas en condición de discapacidad ha ido relacionándose y adaptándose en contextos discriminatorios, situando a la discapacidad en tramas en donde los discursos de las personas sin ninguna discapacidad se desarrollan a partir de la exclusión hacia el otro, anulando los derechos y ubicando a la persona con discapacidad como individuo de desventaja social y biológica a consecuencia de la concepción demoníaca de las enfermedades de la edad media.

Con el desarrollo de la medicina a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, se identifican nuevas enfermedades y discapacidades, por lo que se consideraba que existía una aceptación social, pero no había tal, la persona con discapacidad fue ubicada como sujetos de investigación científica, dichas indagaciones ubicaron a la discapacidad como escenario de atención, es decir, las personas con discapacidad debían ser sujetos de “beneficio” y a su vez de protección. Las personas con discapacidad pasan de una situación de no aceptación social a una condición, en donde sobresale el discurso científico, lugar en el que contemporáneamente el Estado reconoce sus derechos.

Es así que la Ley Orgánica de Discapacidades indica:

**Artículo 6.- Persona con discapacidad.-** Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como secuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el reglamento. (Discapacidades, 2012, pág. 15)

El Estado en los últimos años ha manifestado “seguridad” hacia las personas con discapacidad, este resguardo no ha sido, sino, a través de las leyes establecidas e impuestas, es decir, el Estado ha generalizado un compromiso social y de tolerancia hacia las personas con discapacidad a través de un discurso bio-médico, dejando su naturaleza de la cual son parte, jerarquizando las prácticas sociales a través de leyes establecidas e impuestas por profesionales en su mayoría de la salud. Por ejemplo al momento de realizar la Ley Orgánica de Discapacidades, no se convoca a ninguna persona con discapacidad (física, visual, auditiva), pues dicha Ley es desarrollada por

médicos, psicólogos, abogados, pedagogos que no presentan ninguna tipo de discapacidad. Estas personas podrán argumentar la Ley desde una noción profesional (discurso científico), y no desde una visión global, (vivencias compartidas) de la persona en situación de discapacidad.

Por esta razón las personas con discapacidad y sus organizaciones no son enunciantes, no permiten la superación de los viejos prejuicios, por lo que replica otra forma de exclusión, conocida como exclusión discursiva.

El principio siete del capítulo segundo de la Ley Orgánica de Discapacidades, revela:

- **Participación e inclusión:** se procurará la participación protagónica de las personas con discapacidad en la toma de decisiones, planificación y gestión en los asuntos de interés público, para lo cual el Estado determinará planes y programas estatales y privados coordinados y las medidas necesarias para su participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad. (Discapacidades, 2012, pág. 12)

La Ley Orgánica de Discapacidades no es más que un estatuto político, creado únicamente por especialistas sin participación alguna de las personas en situación de discapacidad, es decir, se cumple con la Ley en algunos casos por decisión gubernamental y no por responsabilidad social.

De esta forma se evidencia la presencia de un nuevo discurso hegemónico en la Ley, en donde la discapacidad ha sido ubicada y explicada desde una concepción científica (artículo seis), influyendo y transformando el pensamientos de los individuos sin discapacidad (universalidad discursiva), es decir, no se aplica responsabilidad social colectiva como lo exige el principio cuatro descrito anteriormente.

Esta narración hegemónica se universaliza, las concepciones de discapacidad, relacionadas con las miradas de los siglos XVIII y XIX aún circulan en los sujetos, incluso en aquellos que supone existe una narración científica, “. (...) la concepción de la mayoría de las personas con discapacidad al menos cuando vienen al servicio es por una minusvalía o por una invalidez” (O, 2013).

#### 4.4.1.1.2 Estructura narrativa del relato

Para Rodrigo Mendizábal el discurso debe cumplir con dos condiciones:

- a) Una condición de desarrollo: que nos indica que cada enunciador debe introducir una información nueva, de lo contrario resultará reiterativo;
- b) Una condición de coherencia: que indica no solo ausencia de contradicción lógica sino también la obligación respecto de los enunciados de situarse en un marco intelectual relativamente constante, sin lo cual el discurso no tendría sentido. (Mendizábal & Van Dijk, 1999, pág. 130)

Dentro de este nivel se debe tomar en cuenta las ideas manifiestas (visible, comprobable), estas denotan ideas parciales, estructuran la idea general del relato (de lo conocido).

La Ley Orgánica de Discapacidades (2012) menciona:

**Artículo 17.- Medidas de acción afirmativa.-** El Estado, a través de los organismos competentes, adoptará las medidas de acción afirmativa en el diseño y la ejecución de políticas públicas que fueren necesarias para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad que se encontraren en situación de desigualdad.

Para el reconocimiento y ejercicio de derechos, diseño y ejecución de políticas públicas, así como para el cumplimiento de obligaciones, se observará la situación real y condición humana de vulnerabilidad en la que se encuentre la persona con discapacidad, y se garantizará los derechos propios de su situación particular. (Discapacidades, 2012, pág. 23)

Según este marco, para poder reconocer los derechos de las personas en situación de discapacidad, se observa el contexto vulnerable que le rodea, es decir, se reconoce los derechos en la vulnerabilidad-discapacidad, esta vendría a ser una mirada parcial, pues no hay accesibilidad a los servicios, y en caso de ser implícito a esta “accesibilidad” se inspecciona la condición vulnerable de la que es parte el sujeto en situación de discapacidad. En esta lógica se podría afirmar que existe una condición de exclusión.

Además este enunciado permite el reconocimiento de nueva información en la Ley y en la Constitución, promoviendo atención prioritaria y accesibilidad política y social de las

personas en situación de discapacidad, pero no deja de ser excluyente y a su vez contradictorio, pues según el lenguaje positivo del CONADIS la palabra vulnerabilidad es eliminada por que denota debilidad y lastima (discriminación), dicha término es utilizado en la Ley Orgánica de Discapacidades, generando incoherencia y afirmando ser excluyente al momento de garantizar los derechos de las personas en situación de discapacidad.

Tomando en cuenta los principios ocho y diez del capítulo segundo de la Ley Orgánica de Discapacidades, señalan:

- **Accesibilidad:** se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones incluido los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vida cotidianas. (Discapacidades, 2012, págs. 12-13)
- **Atención prioritaria:** en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos. (Discapacidades, 2012, pág. 13)

Según los principios establecidos se garantiza el acceso y la atención prioritaria a las personas en situación de discapacidad, a través de los programas y los servicios públicos, esta garantía se define a partir del discurso científico, es decir, acreditado en una narración bio-jurídica, por tanto, los accesos estarán definidos por lo medible y cuantificable de la discapacidad. De este modo se asume una forma distinta de participación, en el que el sujeto sin discapacidad no se introduce en la intervención (estar presente en la experiencia política), es por eso que dentro del contexto la jerarquización trazada por las mediciones se enuncia como práctica de exclusión.

Dentro del texto (Ley y la Constitución) al momento de hablar de participación e inclusión política, el Estado se encuentra presente como sujeto enunciante y de difusor de las leyes, a través de sus instituciones, siendo los que definirán finalmente quienes tienen o no derecho al acceso de bienes y servicios. Pero dentro del contexto (realidad), dichos requisitos, son portadores de nuevas contradicciones dentro del tejido social en el que se desenvuelve una persona con discapacidad.

De esta manera se han ido creando servicios básicos para las distintas discapacidades, clasificando de una u otra manera a las poblaciones, es decir, la persona con discapacidad debe estar ubicado según lo denota la medición. Ello no significa que no se hayan logrado avances significativos, sin embargo a dado lugar a que se incorporen términos e ideologías destinadas a la atención de estos grupos, esto implica una clasificación positivista de la discapacidad.

Por lo que los artículos 8 y 10 están sujetos a como se define a partir de la medición a los sujetos que gozarán de dichos derechos, es decir ¿como la medición delimita lo prioritario?, ¿y cómo se define atención diferencial?

Estas preguntas re-plantean la posibilidad de pensar que no solamente es necesario exigencias arquitectónicas y de atención médica, si no de nuevas prácticas sociales que incluyan a las personas con discapacidades en todo el entramado social, se observa una mirada parcial del hecho discursivo, pues replica el hecho de mantener al margen de la vida social a las personas en situación de discapacidad.

Se puede mencionar que la ley enuncia a la persona en situación de discapacidad como sujeto de atención prioritaria, esto cataloga a la persona con discapacidad, es decir, ocupa espacios en donde son atendidos y figuran de “constante vigilancia preferencial”. Se menciona el artículo nueve de la Ley Orgánica de Discapacidades (2012) citar lo siguiente:

**Artículo 9.- Calificación.-** La autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud, realizará la calificación de discapacidades y la capacitación continua de los equipo calificadores en los diversos tipos de discapacidades que ejercerán sus funciones en el área de especialidad.

La calificación de la discapacidad para determinar su tipo, nivel o porcentaje se efectuará a petición de la o el interesado, de la persona que la represente o de las personas o entidades que estén a su cargo; la que será voluntaria, personalizada y gratuita.

En el caso de las personas ecuatorianas residentes en el exterior la calificación de las discapacidades se realizará a través de las representaciones diplomáticas de conformidad con el reglamento.

La autoridad sanitaria nacional capacitará y acreditará, de conformidad con la Ley y el reglamento, al personal técnico y especializado en clasificación, valoración y métodos para la calificación de la condición de discapacidad. (Discapacidades, 2012, págs. 17-18)

Dentro de este recuadro de una u otra forma se jerarquiza a la persona con discapacidad, se atribuye proporciones a partir de la disminución de las capacidades, como también se toma en cuenta el ambiente que le rodea a la persona inmiscuida.

Esta forma de ponderar, ha generado contradicción de lo que dice la Ley y las acciones estatales, pues dicho fin abarca también a las personas con deficiencia o condición discapacitante amparando el ejercicio social y político, percibiendo una realidad “equitativa” en cuento a posiciones sociales. La Ley Orgánica de Discapacidades (2012), indica:

**Artículo 7.- Persona con deficiencia o condición discapacitante.-** Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdida o dificultades para percibir, desplazarse a oír y/o ver, comunicarse o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos. (Discapacidades, 2012, pág. 16)

Esto en un primer plano solo queda en acción, pues se deja de lado el quehacer social. Por ejemplo, en la mayoría de las empresas públicas y privadas, las personas con discapacidad son ubicadas en cargos con tareas “fáciles”, sin dar mayor responsabilidad

en la toma de decisiones, discriminando y limitando la accesibilidad y el desempeño personal y laboral del sujeto.

Por su lado las personas en condición discapacitante, según la Ley también son sujetos de derechos políticos y sociales, pero al no tener una calificación asignada que le permita identificarse como persona en situación de discapacidad, no es considerada como persona con discapacidad, es decir, esta persona en condición discapacitante sería ubicada como un sujeto, que a pesar de constar de derechos (por ley), no es sino, un individuo que se encuentra fuera del reconocimiento de los mismos, anulando toda posibilidad de atención y participación ciudadana.

La ley a pesar de reconocer la discapacidad, es la misma la que jerarquiza y crea procesos clasificatorios, reproduciendo nuevas formas de exclusión con otras narraciones, esta nueva narración implica ser un sujeto calificado o recalificado, asignándole un rango (Michel Foucault, 2002).

Hay que tomar en cuenta que las personas en situación de discapacidad, en la mayoría de los casos tienen acceso a la carnetización, siendo “beneficiados” por los derechos que exige la Ley. Pero hay casos en los que ni siquiera son carnetizados por que no constan de los recursos (económicos, políticos) necesarios, pues la carnetización esta para algunas personas, con “acceso” a las instituciones tanto públicas como privadas, por lo tanto existe contradicción al momento de identificar o calificar las discapacidades, dejando de lado a las personas en condición discapacitante, pues estas personas también son sujetos de goce y derecho según la Ley Orgánica de Discapacidades.

Actualmente en nuestro país se encuentra recalificando a las personas e situación de discapacidad, según el artículo diez de la Ley Orgánica de Discapacidades (2012), señala:

**Artículo 10.- Recalificación y anulación de registro.-** Toda persona tiene derecho a la recalificación de su discapacidad, previa solicitud debidamente fundamentada.

La autoridad sanitaria nacional, de oficio o a petición de parte, previa la apertura de un expediente administrativo, podrá anular o rectificar una calificación de discapacidad, por considerar que la misma fue concebida por error, negligencia o



dolo del equipo calificador especializado, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales correspondientes. (Discapacidades, 2012, pág. 16)

Este marco menciona que si una persona consta de discapacidad debe ser recalificada para rectificar su discapacidad con los nuevos varemos, estos establecidos por la entidad científica, es decir, la enunciación sigue siendo parcial, no se refleja en los sujetos con discapacidad, la ciencia abala la enunciación de la ley.

Hay que tomar en cuenta que dichos porcentajes dejan de lado a las personas en situación de discapacidad, por ejemplo, si una persona fue calificada anteriormente con un 40% de hipoacusia, es decir, persona con discapacidad auditiva; esta persona es recalificada con los audífonos (audiometría), que le van a permitir escuchar de mejor manera lo que le rodea, es decir, ya no va constar de un 40% de hipoacusia, sino, la calificación será reducida, por ende perderá el carnet CONADIS y será ubicada como una persona con deficiencia o condición discapacitante. Esta persona consta de una nueva ponderación que según la Ley también es ser de derechos, pero al momento de catalogarlo como una persona que no está en situación de discapacidad, la medición científica y la tecnología utilizada para superar la situación de hipoacusia, rehabilita su discapacidad, la ciencia y la tecnología le devuelve los capacidades biológicas pero al mismo tiempo le restituye los derechos ciudadanos, pero la condición discapacitante en el que se incluye con la recalificación le ubica como sujeto sin discapacidad y esa es la contradicción, es decir, se vive una incertidumbre permanente (texto-contexto), ya no es sujeto de derecho, sino de responsabilidad propia, siempre y cuando esta responsabilidad sea vista desde el carácter jurídico.

#### **4.4.1.1.3 Estructura conceptual del relato**

“En esta parte interesa captar el sentido de las enunciaciones en relación a su performatividad y a su estilo” (Mendizábal & Van Dijk, 1999, pág. 32). Es decir, interesa analizar que imaginario se está construyendo las nociones (elementos) que hacen que el discurso manifieste acción y lleve acciones (Mendizábal & Van Dijk, 1999).

A través de la Ley Orgánica de Discapacidades, se requiere un desarrollo normativo en el que se permita la “equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social” (Discapacidades, 2012, pág. 6). Es así que la vigente Ley Orgánica de Discapacidades señala:

**Artículo 3.- Fines.-** la presente Ley tiene los siguientes fines:

- ✓ Establecer el sistema nacional descentralizado y/o desconcentrado de protección integral de discapacidades;
  - ✓ Promover e impulsar un subsistema promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad;
  - ✓ Procurar el cumplimiento de mecanismos de exigibilidad, protección y restitución, que puedan permitir eliminar, entre otras, las barreras físicas, actitudinales, sociales y comunicacionales, a que se enfrentan las personas con discapacidad;
  - ✓ Eliminar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones;
  - ✓ Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos; y
  - ✓ Garantizar y promover la participación e inclusión plena y efectiva de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.
- (Discapacidades, 2012, págs. 9-10)

Para el análisis del artículo tres (fines), se formula nuevamente el artículo seis que menciona:

**Artículo 6.- Persona con discapacidad.-** Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como secuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el reglamento. (Discapacidades, 2012, pág. 15)

Si bien es cierto el artículo tres engloba la protección, atención y rehabilitación, suscitando la inclusión y participación plena de la persona en situación de discapacidad

en los espacios públicos y privados de la sociedad; el artículo seis muestra lo contrario, puntualiza a una persona con discapacidad desde la restricción (limitación), de sus funciones psicológicas, biológicas y asociativas, es decir, fija a la persona en situación de discapacidad en un espacio de “incapacidad” en donde se lo designa y distingue desde su falta (deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales) para poder realizar las actividades políticas y sociales.

El artículo tres demuestra que la Ley promueve e incita la protección y restitución de las personas en situación de discapacidad a la sociedad, es paradójico que la misma Ley establece parámetros de exclusión, en los que se desarrolla discursos discriminatorios, contraponiéndose al principio uno del capítulo segundo de la Ley Orgánica de Discapacidades, este señala:

- **No discriminación:** ninguna persona con discapacidad o su familia puede ser discriminada; ni sus derechos podrán ser anulados o reducidos a causa de su condición de discapacidad.

La acción afirmativa será toda aquella medida necesaria, proporcional y de aplicación obligatoria cuando se manifieste la condición de desigualdad de la persona con su discapacidad en el espacio en que goce y ejerza sus derechos, tendrá enfoque de género, generación e intercultural. (Discapacidades, 2012, págs. 10-11)

Con lo revelado, se puede afirmar que el artículo seis se contrapone a lo establecido en el artículo tres, por lo tanto, si una persona se encuentra en situación de discapacidad (restringida permanentemente sus capacidades) según la Ley, esta persona no podrá ejercer sus actividades de la vida diaria, convirtiéndose en un individuo improductivo desamparado por la sociedad (exclusión), eludiendo la participación-rehabilitación (inclusión) descritos en el artículo tres del capítulo primero de la Ley Orgánica de Discapacidades.

Los fines (artículo 3) constan de una intencionalidad en donde la persona en situación de discapacidad tiene un desarrollo político y social, representando en la sociedad, acontecimientos en donde el pensamiento ha cambiado desde el discurso acreditado por la Ley, generando acciones en las que se incluye a la discapacidad desde el ejercicio reglamentario. Por ejemplo, en el ámbito laboral, las personas en situación de

discapacidad son “insertados” en la sociedad por que exige la ley, que en cada empresa el 4% del personal debe ser personas con alguna discapacidad, de esta manera no se reconoce todavía en su totalidad el ser diferente. Dicho ejemplo demuestra que de alguna u otra forma la sociedad no adoptan y naturalizan medidas hacia las personas con discapacidad, es decir, en donde la persona con discapacidad sea una persona diferente como cualquier otra persona (diversidad cultural), pero es el Estado el que patrocina discursos en donde el sujeto con discapacidad es censurado como individuo de atención política, y no de participación lícita, se garantiza el ejercicio (acción) de sus derechos a través de la Ley (Ley Orgánica de Discapacidades y Constitución de la República del Ecuador 2008), promoviendo la existencia de imaginarios sociales que influyen y no permiten acción (quehacer) social, que genere una habilitación, participación de las personas con discapacidad en ámbitos políticos, culturales y sociales del país.

Es así que el sujeto en situación de discapacidad es involucrado a la sociedad, a través de la ley, pero este sujeto se convierte en individuo cuando estas leyes se quedan en un carácter legal, es decir, se cumple con la ley por evitar sanciones, y no por su internalización. Pues en la mayoría de las entidades públicas y privadas las personas en situación de discapacidad son incluidas por la intencionalidad (ley impuesta), y no por un accionar social, pues no existen planes, programas ni eventos (hacia y para las personas con discapacidad que involucren a las personas sin discapacidad) ejecutados por las mismas instituciones en las que se direccionen estatutos que permitan un ejercicio cotidiano representado por la intencionalidad de los partícipes y no por casualidad (por ley).

Es por eso que existe una construcción en el ideal del otro (persona sin discapacidad) que no le permite tener una concepción estética de que es un ser diferente, la persona con discapacidad, es tildado como un cuerpo incompleto, incapaz de realizar actividades por sí solo, generando un imaginario hacia la persona con discapacidad, tachándolo como discapacitado, débil, vulnerable. Por esta razón se explica la poca o nada participación social y política de las personas en situación de discapacidad en las decisiones del país, cabría decir que aquellos sujetos que estando en situación de discapacidad ejerzan el poder político, se debe a su situación de clase pero al mismo

tiempo el carácter de su discapacidad no se devela, la discapacidad esta en los otros, aquellos que están en la discapacidad-vulnerabilidad.

No existe equivalencia de oportunidades para dichas personas como se cita en el artículo tres mencionado anteriormente, en donde existe la intencionalidad (acción estatal), pero se deja de lado la él hacer social, forjando imaginarios de índole particular (sin aceptación a la diferencia), que recurre a otra forma de representarlos, la forma estético-jurídica y de clase, dibujada por el discurso científico.

En este sentido se puede decir que no se ha ampliado el accionar del individuo en donde el discurso del sujeto integre e incorpore formaciones discursivas, es decir, transformar el mundo ideal del otro a través de la interrelación subjetiva (aceptar la diferencia y el derecho del otro).

Sin embargo la enunciación genera cambios institucionales, la visibilidad del otro para el acceso a los bienes y servicios del Estado, es un inicio importante en la transformación de los imaginarios y de los actos con respecto de las personas en situación de discapacidad.

#### **4.4.1.1.4 Estructura del discurso**

Este nivel se refiere a la “forma de argumentación del discurso, su modo de organización para connotar, esto es, su significación a nivel superior” (Mendizábal & Van Dijk, 1999, pág. 137). Es decir, analizar las significaciones metacomunicacionales (el que quiere decir), percatarse de las ideas latentes (referentes, contexto que maneja) que ocultan las comunicaciones manifiestas (dicho, visible), en otras palabras, darse cuenta, el modo de ver la realidad de una persona, texto, etc, desde sus estrategias que usa para decir algo y de determinada manera.

Nuevamente se toma en cuenta lo establecido en el artículo diecisiete de la Ley Orgánica de Discapacidades, señala:

**Artículo 17.- Medidas de acción afirmativa.-** El Estado, a través de los organismos competentes, adoptará las medidas de acción afirmativa en el diseño y la ejecución de políticas públicas que fueren necesarias para garantizar el ejercicio

pleno de los derechos de las personas con discapacidad que se encontraren en situación de desigualdad.

Para el reconocimiento y ejercicio de derechos, diseño y ejecución de políticas públicas, así como para el cumplimiento de obligaciones, se observará la situación real y condición humana de vulnerabilidad en la que se encuentre la persona con discapacidad, y se garantizará los derechos propios de su situación particular. (Discapacidades, 2012, pág. 23)

El recuadro sugiere, que para que haya el reconocimiento y el ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad, se observará la situación de vulnerabilidad en la que se encuentre dicha persona, es decir, si una persona no está en condición de vulnerabilidad para las entidades científicas como para la Ley, esta persona no puede ser calificada como sujeto con derecho a una acción de habilitación o rehabilitación, se anula la posibilidad de atención tecno-médica, militando una subclasificación dentro de la clasificación de la que ya son parte las personas con discapacidad. Existe una discrepancia al momento de cumplir con la ejecución y el diseño de políticas públicas. En otras palabras, la discapacidad es objeto de clasificación y ordenamiento, lo que en el marco de la ley origina una dicotomía, no toda discapacidad es discapacidad, por tanto la persona portadora de la discapacidad es y no es ciudadano.

Se puede verificar en esta Ley la presencia de significado contextual (connotación), que de una u otra forma evidencia significados que afirman un discurso científico que provoca desigualdad y objeción jurídica.

El artículo dieciséis de la Ley Orgánica de Discapacidades, como el artículo cuarenta y ocho de la Constitución de la República del Ecuador (2008), indican:

**Artículo 16.- Derechos.-** El Estado a través de sus organismos y entidades reconoce y garantiza a la personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales a esta Ley, y su aplicación directa por parte de las y los funcionarios públicos, administrativos o judiciales, de oficio o a petición de parte; así como también por parte de las personas naturales y jurídicas privadas. (Discapacidades, 2012, pág. 22)

**Artículo 48.-** El Estado adoptará medidas que aseguren: la inclusión social, la obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias, el desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar sus esparcimiento y descanso, la participación política, el incentivo y apoyo para los proyectos productivos y la garantía del ejercicio de plenos derechos de las personas con discapacidad. (Discapacidades, 2012, pág. 13)

En los artículos descritos se menciona que el Estado a través de las instituciones patrocinarán a las personas en situación de discapacidad al ejercicio social y político, reflejado en los planes y programas de las entidades. Además lo expuesto revela la existencia de los derechos de las personas en situación de discapacidad a través de los organismos públicos y privados del Estado, pero dentro de la práctica social estos derechos no adquieren un compromiso social por parte de la ciudadanía, que permita estructurar las actitudes y modos de ver la realidad de los individuos desde la riqueza cultural y no desde la condición física y psíquica que presente una persona.

La dicotomía trazada por la discapacidad no es discapacidad, refleja otra dicotomía dentro del ejercicio del poder político, que supone que en el itinerario de las políticas públicas, la participación de los sujetos con el Estado es una condición central en su diseño, sin embargo la única participación de los sujetos está en su rol de sujeto de intervención, y no una persona que ejerce la ciudadanía activa, hecho que le constituye a cualquier sujeto, en sujeto actuante, evidencia la contradicción de a pesar del enunciado de la ley, éste, la persona en situación de discapacidad sigue siendo un sujeto pasivo por tanto en un no ciudadano.

El principio diez del capítulo segundo como el artículo veinte cuatro de la Ley Orgánica de Discapacidades denuncia:

**Atención prioritaria:** en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los derechos de las personas con

Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos.  
(Discapacidades, 2012, pág. 13)

**Artículo 24.- Programas de soporte psicológico y capacitación periódica.-** La autoridad sanitaria nacional, dictará la normativa que permita implementar programas de soporte psicológico para las personas con discapacidad y sus familiares direccionados hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad; así como, programas de capacitación periódica para las personas que cuidan a las personas con discapacidad, los que podrán ser ejecutados por la misma o por los organismos públicos y privados especializados. (Discapacidades, 2012, pág. 28)

Si bien es cierto, lo expuesto denota elementos de integración y habilitación hacia la persona con discapacidad, se toma en cuenta la discapacidad desde un manejo (especializado) integral para la comprensión de la misma, pero en la realidad, esto no funciona así, para demostrar que se vive otro contexto, se mencionará experiencias vividas en donde se connota otro escenario de lo determinado en la Ley.

De esta manera puedo acotar lo siguiente; hace unos pocos meses atrás un familiar tuvo un accidente que le originó un trastorno cerebral, dejándolo en una situación de discapacidad intelectual. A partir del alta que le dieron en el hospital, no habido ninguna convocatoria por parte del hospital para su soporte psicológico, como tampoco ha existido convocatoria hacia los familiares a programas direccionados para la comprensión y el manejo de la discapacidad” (testimonio, entrevistado a familiar con discapacidad) es decir, se plantea decretos en la Ley en los que se puntualiza el manejo integral de la discapacidad, pero se vive otro contexto alejado a los estatutos establecidos.

Otra experiencia vivida fue con mi padrastro (persona con discapacidad física), presentó un derrame cerebral en la ciudad de Santo Domingo de los Colorados, fue internado en el hospital del IESS de la dicha ciudad, por la falta de profesionales en la materia, se lo traslado al hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, en donde fue ubicado en emergencias, posteriormente indicaron que debía permanecer en terapia intensiva y debía ser intervenido con una cirugía en la cabeza lo más rápido posible; se comenzó a



realizar los respectivos trámites para la atención que necesitaba, al momento de presentar la cédula para que ingrese al sistema, mencionan que no constan de los 90 días que exige la Ley para ser atendido, obviamente se manifestó que si no cumplía dicho requisito, sea atendido como paciente particular. Pasaron nueve horas desde que llegó a urgencias, sin ser atendido con las respectivas necesidades. Se preguntó a los médicos de turno a cada momento, si lo iban a atender e indicaban que no había espacio en terapia intensiva. Consecuentemente se lo ubicó en otro hospital por meritos familiares sin ningún tipo de ayuda del hospital Carlos Andrade Marín. Nunca hubo atención preferencial y de eficacia por su discapacidad, peor aún por su gravedad en la que se encontraba” (testimonio, entrevistado a familiar con discapacidad).

En los ejemplos mencionados se puede connotar otra realidad a la establecida en la Ley Orgánica de Discapacidades, si bien es cierto se integra varios elementos de habilitación e inclusión en la Ley, el entorno que rodea a la sociedad es diferente a lo creado por los discursos científicos. Se refleja el discurso de “asistencia” bio-médica hacia las personas con discapacidad, es decir, no se garantiza la rehabilitación-participación social que se enuncia en la Ley, sino, se ha cimentado los diálogos excluyentes generados por el estatuto científico, generando nuevos prejuicios sociales que segregan a las personas en situación de discapacidad.

#### **4.4.1.2 Nivel de contexto**

“El nivel de contexto tiene que ver con los siguientes aspectos; que el contexto es reflejado en el discurso, y que tipo de discurso refleja a un contexto, y el estilo en relación a otro estilos” (Mendizábal & Van Dijk, 1999, págs. 140-141). Este nivel se sustenta del análisis sociocultural, es decir, del contexto que ha venido siendo parte, y como se ha ido reflejando en el discurso del sujeto.

En el Ecuador el tema de la discapacidad se ha relacionado a fondo con el CONADIS, es quien ha consolidado cambios en las políticas de protección y de impulsar políticas de salud que permitan el acceso a procesos de rehabilitación del sujeto en situación de discapacidad. En el país se ha destacado (a partir de la Constitución 2008) acciones participativas hacia las personas con discapacidad, un ejemplo de estas acciones es la

publicación de la Ley Orgánica de Discapacidades establecida el 25 de septiembre del 2012. Además se ha implementado políticas y servicios que permitan avanzar en la igualdad de oportunidades de la vida independiente para las personas con discapacidad.

En la Constitución de la República del Ecuador 2008 se propone una nueva percepción de la discapacidad en nuestro país, cuya primera acción estatal fue generada por las misiones Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara, dichos espacios, han permitido un trabajo censal de personas en situación de discapacidad, donde se evidencia el cumplimiento y la restitución de derechos en las personas que estarían en situación de discapacidad.

En este proceso, se han identificado 1'653.000 personas con discapacidad, y que han sido registradas en el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), dichas personas pretenden mejorar su nivel de vida a través del reconocimiento de los derechos implantados por la Ley. Esta condición de derechos a través de los programas Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara, si bien es cierto han modificado y mejorado en algo la realidad de las personas con discapacidad, esta situación también ha demandado programas hacia y para las personas en situación de discapacidad, sin embargo, aún, se vive una omisión de la Ley pues las instituciones han generado pocos programas específicos, especialmente los hospitales del sistema de salud estatal, “ programas que lleve el hospital o el seguro social en discapacidades no, ninguno” (V, 2013).

La concepción innovada sobre la situación de discapacidad en los sujetos no parece posicionarse, aún se expresa una realidad discursiva propia de las épocas de marginación y exclusión, que refleja una naturalización de discriminación hacia el otro. En las unidades de atención hospitalaria se dice “(...) la mayoría de las personas con discapacidad al menos cuando vienen al servicio es por una minusvalía o por una invalidez” (O, 2013). Se replica una mirada del otro como disminuido, por lo que la acción de la ley no ha generado un proceso de internalización en las practicas institucionales, a pesar de que el Estado plantea un discurso científico y jurídico a través de la Ley Orgánica de Discapacidades, los portadores de este discurso miran a las personas con discapacidad como disminuidos orgánicamente, se demarca entonces una

escisión del propio sujeto, no hay integralidad, se define el otro solamente en el plano de lo observable, se le arrebató su condición de sujeto de derechos.

El contexto en el que se vive es el mismo de hace épocas atrás, se sigue identificando a las personas en situación de discapacidad como minusválidos o inválidos. La ausencia de políticas públicas integrales y la falta de compromiso son obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad para ejercer sus derechos jurídicos.

Para el CONADIS:

Las personas con discapacidad eran etiquetas como “minusválidos”, “impedidos”, “lisiados”, o “inválidos” fueron caracterizados como sujetos susceptibles de asistencia y caridad, de protección, de tutela y cuidados; fueron ubicados socialmente entre los atípicos y los pobres, no aptos para la producción. (CONADIS, Normas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades, 1995, pág. 5)

Este párrafo indica que los momentos históricos en el que se ha desarrollado el país, no han cambiado, esto se puede testificar en las entrevistas.

Las personas con discapacidad eran consideradas como individuos no productivos, existiendo marginaciones sociales, políticas, económicas; se negaba sus derechos civiles, por este motivo el Estado promueve la ley que protege a las personas en situación de discapacidad, aunque aparece como sujeto de asistencia y de resguardo Estatal. Se sigue utilizando caracterizaciones de menosprecio como en otras épocas atrás, según las entrevistas “Bueno, digamos la persona común, la persona que no ha estado inmerso dentro de un proceso terapéutico, dentro de un proceso profesional, médico, psicológico, lógicamente los catalogan como el tuerto, el sordo, el patojo, el paralizado” (R, 2013). Es decir, no se ha cambiado mucho en cuanto al lenguaje y pensamiento positivo hacia una persona con discapacidad, se lo tilda de tal manera, que ha reflejado discursos de inferioridad y sumisión en las personas en situación de discapacidad, generando pensamientos en la sociedad de discriminación y de superioridad hacia el otro.

Con la aprobación de la Ley Orgánica de Discapacidades en el país la discapacidad, ha sido involucrada en nuevos enfoques disciplinarios, ya no es vista como problema de

una persona o individuo con limitaciones físicas y mentales, relegando sus relaciones sociales que se dan en su tejido social. Es así que el discurso médico ha generado una visión “equitativa” a través de la Ley, asumiendo “responsabilidad” social desde el discurso gubernamental y familiar de la sociedad. Este discurso plantea la habilitación-rehabilitación de la persona con discapacidad, pero está claro que esta Ley no es más que un estatuto político, como se evidencia en las entrevistas realizadas “que se haya tomado a un paciente con discapacidad algún cierto privilegio o algún atenuante como lo indica la Ley de Discapacidades, no” (R, 2013). La Ley enuncia, pero la práctica es distinta, existe imaginarios que presentan marginalidades y exclusión hacia la persona en situación de discapacidad, socialmente se ha construido un imaginario (subjetividad sometida) que anula e invisibiliza al otro por su diferencia ya sea socio-cultural, su condición física, posición política y otras.

El momento histórico en el que se vive en cuanto a discapacidades en el país, figura un escenario de derechos según la Ley Orgánica de Discapacidades, este escenario se ha quedado en un nivel gubernamental, no ha trascendido política ni socialmente, es así, que las personas en situación de discapacidad ha venido en una constante lucha para el reconocimiento de sus derechos como ciudadanos de este país. Han tratado de construir su autonomía, trazar los esquemas y los límites de la integración que desean, obtener una normalización no otorgada por la sociedad a pesar de estar decretado en la Ley “Que, el numeral segundo del artículo 133 de la constitución de la República señala que serán orgánicas aquellas leyes que regulan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales” (Discapacidades, 2012, pág. 5). A pesar de que se habla de una Ley Orgánica, es decir, establecer los derechos constitucionales, no hay tal, es la misma Ley la que consta de incoherencias, no se da garantías (atención prioritaria) ni accesibilidad a las personas en situación de discapacidad en las instituciones privadas y públicas, por lo que se vive otras prácticas sociales dentro del país (individualización del sujeto), no se reconoce al otro por su diferencia socio-cultural en la que se desenvuelve.

Se ha generado propuestas de intervención social hacia las personas en situación de discapacidad a lo largo de la historia, dejando de lado la participación política (natural)

que les apropie de los espacios culturales, sociales, estatales en la cultura en la que viven.

Es así que se ha asumido la discapacidad desde un documento (Ley), la realidad en la que se desenvuelven las personas con discapacidad sigue teniendo un sentido de beneficio y protección Estatal, se sigue ubicando al sujeto en situación de discapacidad como individuo de asistencia que necesita ciertos servicios para que pueda desenvolverse en la sociedad, despojándolo de sus habilidades, es decir, anulando su participación política y social, se muestra otra realidad a lo determinado en la Ley.

#### **4.4.1.3 Nivel de la ideología**

Dentro de este nivel se toma en cuenta el carácter socio-histórico y sociopolítico. Se involucran las significaciones reales e imaginarias, permite el análisis del discurso desde el mundo en el que se encuentra en individuo.

La diferencia histórica sobre las narraciones de la discapacidad los siglos XVIII, XIX, y XX donde la discapacidad o más bien las personas en condición de discapacidad se asocia al ámbito de la desviación, se las denominaba poseídas, endemoniadas, enfermas, lisiadas, no se reconocía su humanidad y en consecuencia sus derechos como sujetos sociales. Actualmente surge el discurso de la discapacidad, producto de todo un proceso de transformaciones políticas, económicas, tecnológicas se “reconoce” los derechos de las personas en situación de discapacidad como ciudadanos, aunque la narración que circula en las instituciones aun refleja una lógica asistencial “Se ha avanzado muchísimo, yo creo que en este periodo de este nuevo gobierno del economista Correa se ha generado preocupación, más que todo de darles un apoyo económico a los tutores mama, papa o familiar que les cuida” (R, 2013). Ello devela una contradicción entre el enunciado de la ley con las practicas institucionales. Esta contradicción a nivel de su sistema delata que en lo cotidiano no se han diseñado los planes ni se han creado programas específicos para su inclusión, no se han readecuado los espacios físicos “ las accesibilidades, en todas la áreas falta ampliar el tema, a pesar que están implementadas, no son técnicamente hechas para las personas con discapacidad, ya, porque hay muchas rampas incluso que son demasiadas pendientes y no ayudan en la accesibilidad” (A,

2013). Se denota que todavía no hay importancia social, los sujetos no reconocen los derechos a pesar de que las instituciones se basan en las reformas diarias, por lo que siguen siendo individuos sin derechos, por lo tanto, existe una débil accesibilidad a los espacios públicos, por lo que no se construye la mirada sobre los sujetos en situación de discapacidad, aparecen sin ejercicio de su propia autonomía, por lo tanto de sus derechos

Por un lado el texto (Ley) nos enuncia una nueva ideología, pero en la vida práctica los sujetos en las instituciones replican o reproducen ideologías que han estado circulando en años, décadas y siglos anteriores en las instituciones del Estado con respecto a las personas con discapacidad, entonces, se puede afirmar que hay una omisión de la Ley por parte del mismo Estado.

(...), acceso prioritario aquí en el Hospital no hay, en el Andrade Marín no hay acceso prioritario, pues al trabajar aquí en el hospital tengo acceso a todo se podría decir, pero por qué trabajo aquí, porque tengo un nivel de educación superior, realmente esa es la verdad. (G, 2013)

Se reconoce mínimamente sus derechos, es decir, los sujetos en situación de discapacidad no constan dentro del espacio socio-político de la sociedad, no hay discurso de inclusión en los sujetos sin discapacidad.

Los sujetos con discapacidad de alguna u otra forma demanda condiciones para su pleno desenvolvimiento social, pero este desenvolvimiento individual que necesita la persona con discapacidad, crea instituciones para el cuidado y asistencia de la persona con discapacidad, más no, para la habilitación-rehabilitación de estos sujetos a la vida cotidiana.

Así, el Estado influye en la persona con discapacidad, discursos y prácticas sociales que reproducen una condición de inferioridad, estas prácticas depositan miedos e incertidumbres en la personas en situación de discapacidad reforzando un comportamiento sumiso, es decir, se refuerza el imaginario de ser persona inhábiles e invisibles, son únicamente sujetos de asistencia del estado y no un sujeto actuante, que tiene el derecho a que se restituyan sus propios derechos, desde el discurso de la asistencia y no desde la promoción-participación, se agudiza una invisibilización en las

personas con discapacidad, pues prevalecen barreras políticas, administrativas, económicas, culturales que no permiten la aceptación de la discapacidad.

De esta forma la discapacidad como tal, seguirá involucrada como desventaja social y de menosprecio “tengo dos personas con discapacidad visual de un 40% y en una parte hablando de la pierna en un 65%, ellos trabajan con migo en el área de información, son excelentes compañeros de trabajo, obviamente soy jefa de ellos” (T, 2013). Se presencia una formación discursiva hegemónica que el contexto socio-histórico del sujeto sin discapacidad, genera una interrelación con el otro a partir de la dominación, subordinación y negación (contexto socio-político) que ha desarrollado las sociedades provocando inexistencia social de las personas con discapacidad.

Se han desarrollado una doble narración, por un lado la Ley, a la que deben allanarse los sujetos, y otra, sería las nuevas prácticas discursivas en las que se desenvuelven cotidianamente el individuo, inhabilitando toda condición biológica, física, intelectual de una persona con discapacidad. La realidad en la que se encuentran las personas en situación de discapacidad, está dada desde un discurso científico que de alguna u otra forma clasifica la mirada del otro con y sin discapacidad, por lo tanto se fortalece el tejido social inequitativo en el que vive la sociedad, sin entender la diversidad cultural que le rodea al sujeto sin discapacidad, alterando el imaginario social, superioridad hacia el otro diferente.

Por este motivo la ley no es garantía para el cumplimiento de los derechos (políticas públicas) de las persona en situación de discapacidad “no hay programas dentro del hospital para discapacidades, un programa para discapacidades lamentablemente no hay, si dentro de lo que dice las políticas públicas con respecto a personas con discapacidad, no se las estaría realizando” (R, 2013). Por lo tanto, se ha consolidado el principio cognitivo conductual que responde al doble discurso que manejan los sujetos al momento de relacionarse con el otro, es decir, construyen nuevos imaginario a partir de la diferencia y superioridad estética, cognitiva, cultural, política y económica de otro, se sigue habituando y naturalizando los discursos excluyentes y contradictorios de las instituciones.

De esta manera se explica la construcción del imaginario (diferencia superiorizada) de la sociedad hacia las personas con discapacidad, mientras existan decretos (discurso científico) para las personas con discapacidad, sin participación socio-política de las mismas en la toma de sus decisiones, será permanente los discursos de superioridad, “ejemplo, en esterilización central, ellas lo que hacen es doblar las gasas” (M, 2013). Por lo tanto, en la actualidad se ha afianzado un pensamiento, que las personas en situación de discapacidad tienen que realizar trabajos menores y no son sujetos de decisión social y política.

Mientras se mantenga este tipo de relaciones sociales en donde no se incluya y defina el rol y la participación de la persona en situación de discapacidad en las actividades políticas, sociales, culturales, la contrariedad e incertidumbre de la persona con discapacidad no tendrá ningún avance o cambio, seguirá figurando un doble discurso, como individuo de protección y asistencia legal, a su vez como sujeto de rehabilitación integral según lo rige la Ley Orgánica de Discapacidades.



## CONCLUSIONES

En el presente trabajo se puede visualizar que si bien es cierto existe la Ley Orgánica de Discapacidades, el Hospital Carlos Andrade Marín (H.CAM), refleja un imaginario en donde la persona en situación de discapacidad es considerada como individuo minusválido, es decir, se mantienen el concepto de minusvalía o invalidez.

Existe una fuerte influencia del discurso científico en la construcción contemporánea en los imaginarios de los sujetos del hospital, (se evidenció en las entrevistas realizadas), pues sigue existiendo una hegemonía discursiva, esta superioridad hacia el sujeto diferente, pasó a otro lugar de enunciación, no es la iglesia es el hospital como paradoja de construcción lingüística del otro, son los que construyen el lugar social de la personas en situación de discapacidad, dicho discurso encierra al sujeto con discapacidad en el plano del disminuido, se observa que se construye el imaginario a partir de una ideología en base a la salud-productiva, de la salud-utilidad y se demuestra que el otro desde el dato empírico, es una nueva forma de incompletud estético-corporal, económico-intelectual, es catalogada como ser dis-capacitado, la capacidad disminuida es consecuente con la disminución de sus derechos.

La inexistencia de programas que permitan la participación y el seguimiento socio-político de la persona en situación de discapacidad por parte del H.CAM, es un reflejo adicional de la inexistencia de política pública donde la única referencia es la Ley Orgánica de Discapacidades, además, expresa un incumplimiento de la misma ley, por lo que una transformación del imaginario implicará todo un proceso de universalización y democratización de sus enunciados, para que se produzca la internalización de la ley, en consecuencia la construcción de un nuevo imaginario.

Se provocan entonces nuevas formas de jerarquización social y esta vez a través del discurso científico, se desarrollan a partir de esta narrativa, procedimientos de clasificación, desde el punto de bio- médico, como el lugar de enunciación hegemónica, los criterios de accesibilidad a los servicios son generados por baremos, valores o escalas que determinan el grado de discapacidad, por tanto, esta asignación de un rango dispuesto por este cálculo define a que tiene derecho el sujeto, una suerte de

matematización de la existencia, es decir el límite de los derechos tiene un valor matemático.

De esta manera se demuestra que el Estado a pesar de patrocinar políticas públicas (de igualdad, participación) para las personas con discapacidad, sigue siendo el que define la administración y regulación del otro. Lo que reproduce esas condiciones épocas que demarcan formas de relaciones dominantes en las prácticas sociales, políticas, culturales, económicas, que marginan y excluyen en este caso a las personas en situación de discapacidad. El baremo es el instrumento en donde se administra el acceso a los bienes y servicios del Estado, paradoja frente a una ley que garantiza la restitución de los derechos de las personas en situación de discapacidad.

La inexistencia de protocolos de atención por parte del H.CAM, para las personas en situación de discapacidad, demarca un desconocimiento de la ley en los departamentos (atención común), lo que genera procesos de exclusión y marginación, no se supera el discurso médico tradicional, en donde se asocia a la discapacidad desde la enfermedad, “todas la personas que vienen a este hospital, obviamente vienen con alguna enfermedad, gran parte tiene por a si decirlo discapacidad” (T, 2013), “(...) la discapacidad en sí, como su nombre lo indica es una persona que tiene algún problema, sea físico, una discapacidad mental” (M, 2013). Esto en la medida que la experiencia institucional solamente avaliza la “jubilación por invalidez”, ello demuestra la invisibilización de otras poblaciones que no son contempladas por la institución.

## RECOMENDACIONES

**Diseñar procesos de democratización de la ley y de sensibilización**, en donde se abarque las necesidades y expectativas de las personas en situación de discapacidad, este camino debe estar inmiscuido por el quehacer social de las personas con discapacidad. Esto se lo puede alcanzar a través de propuestas en las distintas unidades de atención del H.CAM, donde las personas en situación de discapacidad se incluyan en los espacios de discusión, ello permitirá cambiar los imaginarios de las familias de las personas con discapacidad, de esta manera se pueda fomentar y fortalecer nuevas ideologías, cuyos pensamientos generarán espacios político-públicos en la inclusión de las personas con discapacidad.

**Diseñar programas de formación profesional para la atención de discapacidades.** Se recomienda que el Hospital Carlos Andrade Marín cree planes y programas para personas con o sin discapacidad, en donde el enfoque refleje una nueva forma de pensar la discapacidad, discursos que de alguna forma están ya dispuestos en la ley, de esta manera, dar a conocer el quehacer social de las personas en situación de discapacidad en el H.CAM.

**Abrir espacios de diálogo con los usuarios y organizaciones que representan a las personas en situación de discapacidad**, para definir políticas institucionales de tal manera que esto permitirá a las personas en situación de discapacidad se apropien de los espacios políticos, sociales, culturales ligados al Sistema de Salud Estatal.

**Diseñar procesos comunicacionales** de democratización de la ley (autoridades con discapacidad), esto permitirá cambiar el imaginario, constatando nuevas discursivas y prácticas sociales, en donde se entenderá a la discapacidad no únicamente desde la condición biológica, sino, entenderlas desde las particularidades culturales, así se de-construye la mirada del otro.

**Diseñar políticas institucionales**, reflejado en el diseño de protocolos de atención, ello direccionará el acceso a los bienes y servicios de las unidades de atención del hospital. Donde se enmarque términos y procedimientos de inclusión, forjando nuevas

discursivas, transformación y formación en las prácticas sociales de las personas que acuden al H.CAM, esto develará una internalización participativa en las distintas unidades o servicios.

## LISTA DE REFERENCIAS

- A, M. (Noviembre de 2013). Entrevista Discapacidades. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.
- Agudelo, P. (2011). *Una revisión del concepto de imaginario y sus implicaciones sociales*. Recuperado el 7 de Agosto de 2013, de revista electronica de la facultad de educacion de la universidad de Antioquia.Medellin. Colombia: <http://aprendeonline.udea.edu.com>
- Baró, I. M. (1988). *Accion e ideología, psicología social desde centro america*. Salvador: UCA Editores.
- Bonano, O. (2000). *Crisis del sujeto contemporáneo*. Buenos Aires: Paídos.
- Calderón, F. (2008). *Las politicas publicas en la encrusijada: Politicas sociales y competitividad sistémica*. Málaga.
- Castoriadis, C. (1999). Recuperado el Jueves de Julio de 2013, de [www.imagariosocialinstituyente.com](http://www.imagariosocialinstituyente.com)
- Castoriadis, C. (1983). *La institucion imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- CIF. (2003). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Recuperado el Octubre de 2013, de <http://www.conadis.salud.gob.mx>
- Cisneros, M. (2011). *Individuo e imaginario en la obra de Cornelius Castoriadis*. Venezuela.
- CONADIS. (2012). *Ley orgánica de discapacidades*. Quito.
- CONADIS. (1995). *Normas, resoluciones y recomendaciones internacionales sobre discapacidades*. Quito.
- Constitución ;SENPLADES. (2009). *Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo*. Quito.

Correa, A. (2009). *Guía de lectura de material bibliográfico de la asignatura de psicología social*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2013, de <http://ocw.unc.edu.ar>

Diccionario; Océano Uno. (2000). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Barcelona: Verón.

Discapacidades, L. O. (2012). *Vicepresidencia de la República del Ecuador*. Quito.

G, P. (Noviembre de 2013). Entrevista Discapacidades. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.

Íñiguez, L., & Antaki, C. (s.f.). *El análisis del discurso en psicología social*. Recuperado el 18 de Agosto de 2013, de Boletín de psicología: <http://www.psicol.unam.mx>

Lellis, M., Álvares, M., Rosseto, J., & Saforcada, E. (2004). *Psicología y políticas públicas en salud*. Buenos Aires: Paídos.

M, R. (Noviembre de 2013). Entrevista Discapacidades. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.

Manzano, V. (2005). *Introducción al análisis del discurso*. Recuperado el 10 de Agosto de 2013, de <http://www.aloj.us.es>

Mendizábal, I., & Van Dijk, T. (1999). *Análisis del discurso social y político*. Recuperado el 2013, de <http://www.analisisdeldiscursosocialypolitico.com>

Montero, M. (1994). *Un paradigma para la psicología social: Reflexiones desde el quehacer en América Latina. En construcción y crítica de la psicología social*. Barcelona: Anthopos.

Musitu, G., Buelga, S., Vera, A., Ávila, M. E., & Arango, C. (2009). *Psicología social comunitaria*. México: Trillas.

O, A. (Octubre-Noviembre de 2013). Entrevista sobre discapacidades. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.

Ortíz, P. (Octubre de 2013). Entrevista políticas públicas. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.

Padilla, A. (Enero-junio de 2010). *Discapacidad: Contexto, concepto y modelos*. Recuperado el Octubre de 2013, de Revista colombiana de derecho internacional: <http://www.redalyc.org>

R, A. (Octubre-Noviembre de 2013). Entrevista Discapacidades. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.

Real, a. d. (2000). *Diccionario de la Real Académi de la Lengua*. Barcelona: Verón.

Rosano, S. (2007). *La cultura de la diversidad y la educación inclusiva*. Recuperado el Octubre de 2013, de <http://faceducacion.org>

Sánchez, C. (1996). *Manuela para la elaboracion de políticas públicas*. México: Plaza y Valdés.

SENPLADES;Constitucion de la República del Ecuador. (2009). *Plan nacional de desarrollo, construyendo un estado purinacional e intercultural*. Quito.

Silva, A. (2012). *Entrevista sobre los imaginarios*. Recuperado el 4 de Agosto de 2013, de <http://www.youtube.com>

Silva, A. (2006). *Imaginario urbano*. Colombia: Arango.

T, V. (Noviembre de 2013). Entrevista Discapacidades. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.

V, R. (Octubre-Noviembre de 2013). Entrevista discapidades. (R. V. Vaca Rodas, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.

Van Dijk, T. (1996). *Analisis del discurso ideológico*. Recuperado el Octubre de 2013, de <http://segundaslenguaseinmigracion.com>

Vargas, B. (2004). *Poíticas públicas locales y desarrollo*. Perú: ESAN.

## ANEXOS

### **Anexo1.**

Entrevista: Dra. A.O. Profesional de la Salud HCAM.

#### **1. Puede mencionar que concepción sobre la discapacidad se maneja en este servicio o área de especialización.**

El concepto sobre discapacidad considera aquella persona que no puede desarrollar sus actividades de la vida diaria de la misma forma como si lo pudiera hacer una persona sin discapacidad. La concepción de la mayoría de las personas con discapacidad al menos cuando vienen al servicio es por una minusvalía o por una invalidez, cuando tu les preguntas que problema tiene, indican que ya no valen, ya no sirvo, ya no puedo hacer nada, se considera a la discapacidad siempre como una baja en la capacidad de trabajo y de desenvolverse en la vida diaria.

#### **2. Dentro de su experiencia profesional, qué tipo de discapacidades son las más recurrentes en esta área.**

La mayoría de discapacidades son físicas consecuencia de accidentes de tránsito o accidentes de trabajo, la gran mayoría, pero, no se puede descartar tampoco las oncológicas, neoplasias que últimamente, al menos yo he visto que a cualquier edad aparecen, ya no se respeta ni edad, ni sexo, es decir, las neoplasias están apareciendo en personas muy jóvenes.

#### **3. Con esta experiencia profesional, a qué personas y con qué discapacidad tienen más dificultad para la atención hospitalaria, que dificultades ha observado.**

Yo pienso que más dificultad tienen las personas que no pueden movilizarse, por si solas, es decir, aquellas que tienen una paraplejía, necesitan una silla de ruedas. Hablamos más por el acceso a la movilidad que los centros de atención médica no están adecuados para un acceso preciso para las personas con discapacidad física.



**4. Cuando no hay accesibilidad a los servicios hospitalarios se puede decir de una u otra forma que se detalla u observa alguna discriminación hacia las personas con discapacidad.**

Bueno eso creo que está, el tema del gobierno ha mejorado mucho y ahora ya todas las personas con discapacidad son consideradas de una manera diferente, tanto es así que ahora todo mundo quiere tener un carnet de discapacidad para tener acceso a un trabajo a un vehículo, a los beneficios que se ofrece a las personas con discapacidad. Sin embargo, pienso que en los trabajos todavía son discriminadas las personas con discapacidad, porque se les entrega trabajos que no están acorde a sus capacidades intelectuales, si no, más bien a cuento puede desenvolverse de acuerdo a su discapacidad física.

**5. Qué ha escuchado usted sobre las personas con discapacidad, cómo se refiere a estas personas.**

Es que no puede trabajar como los otros, es que tengo que ponerle en una área donde no le demande mucho esfuerzo, es que él solo puede trabajar hasta las doce del día, entonces buscan trabajos quizá e inclusive con menos sueldo, aunque ahora la ley protege de otra manera, pero sin embargo hay lugares que todavía se trata de determinada manera. O se busca un carnet de discapacidad para mantener su trabajo, porque, si tiene carnet puede conservar el trabajo.

**6. Conoce usted qué programas, estrategias se ejecutan exactamente en este servicio hacia la persona con discapacidad.**

Bueno, en esta área no podemos hablar en programas de prevención hacia la discapacidad porque nos dedicamos específicamente a lo que es calificación, no podemos tener programas porque, no se está siendo un seguimiento, ni una intervención a personas con discapacidad. Exclusivamente nos manejamos con lo que es la calificación por lo que no tenemos mayor campo de acción en ese sentido o en programas de discapacidad.

**7. Se está manejando una política pública vigente en la Ley orgánica de Discapacidades.**

Cumpliendo con la Ley que dice que hay que recalificar al cien por ciento de las personas con discapacidad, cumpliendo con los reglamentos de cómo se califica, dando el acceso a que puedan importar vehículos, sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, pero exclusivamente nos dedicamos a la calificación de la discapacidad.

## **Anexo 2.**

Entrevista: Dra. X. M. Profesional de la Salud HCAM.

### **1. Puede mencionar que concepción sobre la discapacidad se maneja en este servicio o área de especialización.**

Aquí, lo que se califica es la discapacidad, se va viendo si la discapacidad es leve, moderada o severa (.....) Esto es lo que se hace aquí en el servicio.

### **2. Dentro de su experiencia profesional, qué tipo de discapacidades son las más recurrentes en esta área.**

De lo que yo estado en este servicio, prevalecen las discapacidades físicas, aunque también esta prevaleciendo las psicológicas y también las oncológicas.

### **3. Con esta experiencia profesional, a que personas y con qué discapacidad tienen más dificultad para la atención hospitalaria, que dificultades ha observado.**

No tienen la atención inmediata, básicamente hay algunas personas que se les ignora y les hacen a un lado.

### **4. Cuando no hay accesibilidad a los servicios hospitalarios se puede decir de una u otra forma que se detalla u observa alguna discriminación hacia las personas con discapacidad.**

Yo creo que en todo lado hay esto, hay personas que les dicen que no valen para nada, que ya no se desenvuelve como antes, esto se da también en los trabajos.

### **5. Conoce usted qué programas, estrategias se ejecutan exactamente en este servicio hacia la persona con discapacidad.**

Tanto programas aquí no, lo que se califican son para dar las importaciones de vehículos, se les ayuda con prótesis, y con lo que necesite el discapacitado.

**6. De alguna manera se está manejando y estableciendo la Ley Orgánica de Discapacidades.**

Aquí no, aquí lo que más se hace es la calificación de la discapacidad, ósea no tenemos ningún programa ni estrategia.

### **Anexo 3.**

Entrevista: Dr. A. R. Profesional de la Salud HCAM.

#### **1. Puede mencionar que concepción sobre la discapacidad se maneja en este servicio o área de especialización.**

Gracias por la pregunta, pero en verdad el manejo de la discapacidad que nos compete a nosotros es de tipo mental, es la única área que se puede medir como psicólogos, las otras discapacidades compete a otros profesionales, la nuestra es la mental, a veces en coordinación con psiquiatría, es la que podemos medir, de ley se entiende que hay un deterioro bastante fuerte de su cognición para que se le pueda llamar discapacidad.

#### **2. Dentro de su experiencia profesional con discapacidades de tipo mental, intelectual, cuáles son las más recurrentes en esta área.**

Bueno de tipo a veces congénita, adquirida en el nacimiento, después en segundo lugar las post traumáticas, lesiones cerebrales son las que más se ven, dentro de las genéticas habrían el Síndrome de Down, síndromes especiales. Otros síndromes que generan retraso mental u oligofrénicos, éstas serían las más importantes.

#### **3. Con esta experiencia profesional, a que personas y con qué discapacidad tienen más dificultad para la atención hospitalaria, que dificultades ha observado.**

El problema con ellos, no he visto ninguna dificultad para la atención, porque, siempre están tutoriados por alguien, raro es el caso que se ha presentado, personas solas, que por su propio criterio acuden a que se les avalúe o piden asistencia médica. Generalmente las personas con discapacidades ya tienen acompañante, no siempre se presentan solas y cuando esto sucede hay dificultades porque es una evaluación que se hace en base a información de la familia. Y cuando vienen con la familia, se les pregunta, cuando empezó el problema, desde cuando es un discapacitado.

**4. Conoce usted qué programas, estrategias se ejecutan exactamente en este servicio hacia la persona con discapacidad.**

No, en salud mental participamos a veces en evaluaciones para CONADIS, para jubilación por discapacidad, pero en programas mismo no, osea todos los psicólogos realizamos las evaluaciones a pesar de haber ahora un compañero encargado de calificar la discapacidad mental, esta persona realizó una preparación para calificar CONADIS.

**5. Podría contarme usted de que manera escucha hablar de las personas con discapacidad en dicha área, que denominaciones se utilizan.**

Bueno, de lo que se sabe, de lo que se conoce, no como psicólogo, sino, más bien como experiencia propia de los ámbitos o de los pueblos. La persona con discapacidad siempre ha sido un ser que se le ha escondido, se ha tratado de no mostrar al público, siempre ha sido una lacra, o se le ha estigmatizado mucho. Las familias no ha querido que sepan que tienen un discapacitado, mucho más si su discapacidad es más profunda, se lo esconde mas, si la discapacidad es leve sale a la vista, porque puede participar en ciertas cosas, pero el discapacitado moderado y profundo, ese es él que se lo esconde, como dijo el ex Vicepresidente de la República “a las personas con discapacidad profunda se los esconde hasta en huecos porque hacen quedar mal, porque no pueden intervenir en los grupos”. Obviamente en este tipo de discapacidades habido mucho maltrato, en mujeres mucho maltrato sexual, es decir, se presentaba mujeres discapacitadas embarazadas.

**6. Con la Ley Orgánica de Discapacidades creada en el 2012, cree usted que se están ejecutando las políticas públicas hacia las personas con discapacidad.**

Se ha avanzado muchísimo, yo creo que en este período de este nuevo gobierno del economista Correa se ha generado preocupación, más que todo de darles un apoyo económico a los tutores (mamá, papá o familiar que les cuida), el gobierno les está dando un sueldo que de alguna forma hacen que cuide al discapacitado. Se genera mayor protección porque hay otro tipo de ayudas por parte del gobierno, anteriormente se dejaba abandonado a estas personas, no existía ese apoyo.

#### **Anexo 4.**

Entrevista: Dra. M. D. C. Profesional de la Salud HCAM.

##### **1. Puede mencionar que concepción sobre la discapacidad se maneja en este servicio o área de especialización.**

(...) A ver aquí realmente somos un grupo de calificador, esta se da con un grupo multidisciplinario, el médico, psicólogo y trabajo social, cada quien va de acuerdo al enfoque en coordinación directa. Lógicamente que las discapacidades que se vienen manejando desde muchos años atrás y nosotros hemos venido colaborando con CONADIS como equipo calificador, estamos aplicando la técnica de baremo, porque, se quería aplicar otra de acuerdo a la realidad nuestra, porque no hay que olvidarse que la discapacidad es única en donde quiera que nos encontremos. Considero que se ha venido manejando de una manera óptima aquí en el Carlos Andrade Marín. Se califica al paciente no únicamente por su condición física, sino, también la parte económica, familiar, es decir, el entorno del paciente, este implica muchísimo para obtener inclusive el carnet del CONADIS.

##### **2. Dentro de su experiencia profesional, qué tipo de discapacidades son las más recurrentes en esta área.**

Bueno son un sinnúmero, pero la que más me llama la atención es que a temprana se está dando, comúnmente se lo llama infarto cerebral, y comienza la hemiplejía y todo lo demás, pero como ahora el IESS tiene la apertura atender a los familiares (hasta los 18 años) de los pacientes, se tiene muchísimo niño con Síndrome de Down, niños con retardo mental. Algo que me ha llamado muchísimo la atención es que los padres se aprovechan de las discapacidades de sus hijos para adquirir un vehículo. A hora en relación a las personas en edad productiva podemos ver personas amputadas, sea una mano, uno de los brazos, una pierna, esto en cuestiones de obreros. Otra situación sería las personas por accidente de tránsito que se quedan parapléjicas. Pese a todo sean los pacientes parapléjicos, amputados mantienen una vida normal porque siguen con sus trabajos

**3. Con esta experiencia profesional, a que personas y con qué discapacidad tienen más dificultad para la atención hospitalaria, que dificultades ha observado.**

Bueno, la atención que se da en el Carlos Andrade Marín es cien por ciento a todos, pero lo que pasa es que existen ciertas limitaciones o barreras también llamadas. Se viene haciendo correctivos desde hace unos años atrás en todas las instituciones públicas, privadas, por ejemplo, para subir una silla de ruedas aquí no hay accesos, a eso se llama las barreras, esto no sólo se da en las instituciones públicas y/o privadas, sino también en los domicilios, se ha considerado dar una condición de bienestar en ese sentido al paciente. Diría yo que esa es una limitación a la accesibilidad, pero en cuanto a la atención médica es completa para todos, pero las limitaciones las barreras, hablo en relación al acceso que deben tener al ingreso de sus sillas de ruedas, sea con muletos axilares o muletos canadienses que siempre dependen de más espacio para movilizarse o también de los andadores que ellos utilizan dependiendo del diagnóstico que tenga cada paciente.

**4. Cree usted que se está ejecutando las políticas públicas que exige la Ley Orgánica de Discapacidades en dicha área de salud.**

Considero que sí, porque esto no es nuevo, esto se ha venido trabajando desde hace muchos años atrás, por eso hablo de los correctivos. El correctivo es, en el sentido de la limitación y también una de las situaciones muy importantes que se habla actualmente es la sensibilización a todos los seres sociales que trabajen o no trabajen y que deban estar al entorno del paciente, que considere la situación de dicho individuo que esta con la discapacidad, es decir, que no lo marginen, no lo señalen, simplemente sea tratado como otro ser social. En este sentido yo pienso que se ha ganado muchísimo, porque no podemos olvidar que anteriormente en los hogares escondían a sus hijos en caso de tener algún retardo mental o Síndrome de Down, y eso no debe ser así, por eso han salido a la luz.



**5. Conoce usted qué programas, estrategias se ejecutan exactamente en este servicio hacia la persona con discapacidad.**

Antes que nada lo que rige en todo Estado, en nuestro Ecuador, es la Constitución, todo lo que dice en la Constitución y los tratados internacionales, tienen que aplicarse, cumplirse. Considero que en la actualidad ya no existen fronteras, es decir, aceptar la realidad en la que vivimos cada uno, se les da un trato más humano a los pacientes con discapacidad. Por este motivo nosotros primero debemos respetar la Constitución y en base a la constitución hablamos de políticas de salud o sociales. Entonces viene el código laboral, el código de salud y el código de discapacidades. Debemos cumplir lo que indica un reglamento, porque, nosotros tenemos una Ley y no hay un reglamento eso está muerto. En este sentido la parte legal tendríamos que manejarlo de esa manera. Por ejemplo a los paciente con VIH, en el año dos mil se aprobó un reglamento, pero esta ley se murió porque a muchos no le convenía por un artículo que rechazaban indicando de que sí la persona infectada contagiaba a otra persona será sancionada, es decir, será penalizada con cárcel. Por eso se detuvo continuar con un reglamento. Nosotros estamos con un proceso a nivel mundial, en el que todos nos merecemos un bienestar, una movilización un trabajo, una vivienda, en este sentido se ha ganado bastante en estos últimos años.

**6. Podría contarme usted de qué manera escucha hablar de las personas con discapacidad en dicha área, existe algún tipo de discriminación hacia las personas con discapacidad en este servicio de salud.**

No, como lo dije anteriormente, se ha avanzado mucho, comenzando por las familias que escondían a sus hijos, ahora se ve personas con discapacidad en la playa en los centro comerciales, es decir, hay un cambio, yo pienso que hay un valor agregado el hecho de que las personas, no únicamente el entorno familiar, sino, la sociedad en general ya no les mire con ese rechazo ni con esa discriminación.

## **Anexo 5.**

Entrevista: Dr. R. V. Profesional de la Salud HCAM.

### **1. Puede mencionar que concepción sobre la discapacidad se maneja en este servicio o área de especialización.**

La discapacidad, puede ser un déficit físico, déficit mental, déficit auditivo, entonces la concepción que se maneja sobre discapacidades es una disminución que una persona presenta y que necesita lo requerimientos, asistencias, profesionales, tanto médico, psicológicos, para ayudar que se incorpore dentro de sus actividades de la vida diaria.

### **2. Dentro de su experiencia profesional, qué tipo de discapacidades son las más recurrentes en esta área.**

Bueno, yo manejo todo lo que es discapacidad psicológica y mental, dentro de lo que se ha visto, los trastornos mentales, como son las esquizofrenias, las distimias, pacientes con retardo mental o las oligofrenias, estas son las enfermedades que más prevalecen en sus porcentaje.

### **Con las enfermedades nombradas, a que personas y con qué discapacidad tienen más dificultad para la atención hospitalaria, que dificultades ha observado para la atención a dichas enfermedades.**

Lamentablemente dentro de esta área de salud mental, que el hospital solo posee ocho camas, dentro de lo que es el área de psiquiatría, se supone que es un hospital de tercer nivel, debería poseer una área completa para psiquiatría, que deban estar inmersos con los problemas psicológicos, entonces se puede decir que un poco se ha descuidado salud mental dentro de un hospital de tercer nivel.

### **3. Conoce usted qué programas, estrategias se ejecutan en este servicio para las personas con discapacidad.**

Bueno, nosotros hacemos un proceso de calificación, por parte del servicio de calificación medica en discapacidades, y a través de este sistema proporcionamos psicoeducación, la psicoeducación está basado en dar a conocer a las personas con

discapacidad que derechos tienen y que podrían mejorar su calidad de vida, pero un programa específico que lleve el hospital o el Seguro Social en discapacidades no, ninguno.

**4. Con lo descrito anteriormente, Cree usted que se está ejecutando las políticas públicas que exige la Ley Orgánica de Discapacidades en dicha área de salud.**

Bueno, no hay programas dentro del hospital para discapacidades, un programas para discapacidades lamentablemente no hay, si dentro de lo que dice las políticas públicas con respecto a personas con discapacidad, no se las estaría realizando.

**5. Podría contarme usted de que manera escuchó hablar de las personas con discapacidad, que denominaciones utilizan hacia esas personas.**

Bueno, digamos la persona común, la persona que no ha estado inmerso dentro de un proceso terapéutico, dentro de un proceso profesional, médico, psicológico, lógicamente los catalogan como “el tuerto”, “el sordo”, “el patojo”, “el paralitico”, entonces como que no se ha dado un difusión a nivel nacional en cuestión como debe ser trato a las personas que presenta algún tipo de discapacidad, pero que han desarrollado otras cuestiones emocionales, psicológicas, físicas con mayor intensidad para mejorar su discapacidad que ha presentado.

**6. Si bien es cierto se ha englobado el tema de la discapacidad actualmente, de alguna manera están siendo establecidos los derechos de estas personas.**

Aquí todos los paciente tienen derecho, nosotros nos debemos como profesionales del área de salud hacia estos pacientes, todo paciente que presente una discapacidad, presente un diagnóstico, presente una enfermedad tienen derecho, y el derecho lo que rige aquí según el Instituto Ecuatoriano al ser atendido, a tener una medicación a tener un diagnóstico y a tratar con dignidad, pero que se haya tomado a un paciente con discapacidad algún cierto privilegio o algún atenuante como lo indica la Ley de Discapacidades , no.

## **Anexo 6.**

Entrevista a la Dra. P. G. persona en situación de discapacidad.

### **1. Conoce usted que discapacidad tiene y que servicios preferenciales le corresponde.**

Yo tengo discapacidad física, bueno acceso prioritario aquí en el hospital no hay, en el Carlos Andrade Marín no hay acceso prioritario, al trabajar aquí en el hospital obviamente por amistades tengo acceso a todo, (...), pero por qué trabajo aquí, un nivel de educación superior, realmente esa es la verdad.

### **2. A sido parte de algún programa sobre discapacidad en el H.CAM.**

(...), no porque nunca se ha topado el tema de discapacidades en el Andrade Marín.

### **3. Qué criterios tiene sobre la atención profesional para las personas con discapacidad del H.CAM.**

Mala, los médicos no atienden bien a las personas con discapacidad.

### **4. De alguna manera se siente respaldado por los procesos de atención del H.CAM por su discapacidad.**

(.....), respaldada (.....), bueno aquí no le podría dar ya una opinión como una persona, como un paciente común y corriente, yo desempeño un cargo de medico aquí, entonces, como que eso me ha permitido tener una buena relación con el personal médico, paramédico y accesibilidad, pero siempre tratando de imponer las cosas que se hagan dentro de las normas que debemos tener, de privilegios, de los parqueaderos (.....), nada más, incluso aquí no se hace efectivo lo que supuestamente las personas con discapacidad en verdad deberíamos tener, un acceso, por ejemplo pisos, los pisos del hospital son tan resbalosos que es un peligro (...), empezando solo por eso.

### **5. Ha identificado un rechazo por su discapacidad ya sea en el ámbito laboral, familiar, social y afectivo, podría contarnos alguna.**

No de ninguna forma

## **Anexo 7.**

Entrevista a T. G. persona en situación de discapacidad.

### **1. Conoce usted que discapacidad tiene y que servicios preferenciales le corresponde.**

Yo tengo una hemiplejía, los servicios preferenciales que me corresponde, por decirle en un banco, en un supermercado para pagar la luz, el agua, el teléfono, (...) tengo preferencia.

### **2. A sido parte de algún programa sobre discapacidad en el H.CAM.**

A parte de la rehabilitación, no.

### **3. Qué criterios tiene sobre la atención profesional para las personas con discapacidad del H.CAM.**

Muy buena, en esta área de rehabilitación (...) no tengo ninguna queja.

### **4. De alguna manera se siente respaldado por los procesos de atención del H.CAM por su discapacidad.**

Si, por ejemplo para coger turno, le llaman por teléfono para adelantarle el turno o cambiarle el turno, me avisan.

### **5. Ha identificado un rechazo por su discapacidad ya sea en el ámbito laboral, familiar, social y afectivo, podría contarnos alguna.**

No de ninguna forma.

## **Anexo 8.**

Entrevista J. P. Persona en situación de discapacidad.

**1. Conoce usted que discapacidad tiene y que servicios preferenciales le corresponde.**

La discapacidad que ve, física, no tengo pierna, los servicios para todos son los mismos, no hay preferencia.

**2. A sido parte de algún programa sobre discapacidad en el H.CAM.**

No.

**3. Qué criterios tiene sobre la atención profesional para las personas con discapacidad del H.CAM.**

(....), sería que nos den un poquito, que nos den una atención, un poco mas de atención, ósea, somos discapacitados, igual tenemos la misma atención y todo, no hay preferencia de nada aquí.

**4. De alguna manera se siente respaldado por los procesos de atención del H.CAM por su discapacidad.**

(....) ahorita si por que el segura me está cubriendo igual, en la terapia en el hospital  
(....) no sé.

**5. Ha identificado un rechazo por su discapacidad ya sea en el ámbito laboral, familiar, social y afectivo, podría contarnos alguna.**

(...) no al momento no.

## **Anexo 9.**

Entrevista a M. A. Persona en situación de discapacidad.

### **1. Conoce usted que discapacidad tiene y que servicios preferenciales le corresponde.**

(...) Eh la discapacidad que tengo básicamente es física, ahorita, y en caso preferenciales en accesibilidades, en todas la áreas falta ampliar el tema, a pesar que están implementadas, no son técnicamente hechas para las personas con discapacidad, ya, porque hay muchas rampas incluso que son demasiadas pendientes y no ayudan en la accesibilidad, se debe dar más normativas para toda la gente.

### **2. A sido parte de algún programa sobre discapacidad en el H.CAM.**

(....) No, en el hospital para nada, antes de tener la discapacidad asistía a algunas conferencia, pero fuera de aquí, fuera de la unidad.

### **3. Qué criterios tiene sobre la atención profesional para las personas con discapacidad del H.CAM.**

Debe haber un poco más de énfasis en el hospital para las personas, para tener una atención preferencial para la gente, y unidades estrictamente para personas con discapacidad, porque todavía piensan que uno tiene una accesibilidad directa con las personas.

### **4. De alguna manera se siente respaldado por los procesos de atención del H.CAM por su discapacidad.**

(...) Si, porque a pesar de las deficiencias que se tiene, se presta todos los servicios para las personas con discapacidad, pero se debería mejorar.

**5. Ha identificado un rechazo por su discapacidad ya sea en el ámbito laboral, familiar, social y afectivo, podría contarnos alguna.**

(...) en mi caso no, pero si hay muchas personas que si tienen ese tipo de problemas, en el caso personal, no he tenido ningún tipo de problemas, mejor ha sido un poco más de unión familiar (...) por este tipo de discapacidad.



## **Anexo 10.**

Entrevista a R. M. Coordinadora de Relaciones Públicas del H.CAM.

### **1. Podría decirme que concepción sobre discapacidad usted tiene sobre la discapacidad, y como se la está ejecutando aquí en el hospital.**

(...) La discapacidad en si como su nombre lo indica es una persona que tiene algún problema, sea físico una discapacidad mental, aquí en el hospital si se les da un tratamiento preferencial a la gente con discapacidad, por ejemplo, en el laboratorio clínico todas las persona que tiene el carnet del CONADIS se les da unos turnos especiales para que puedan pasar más pronto hacerse sus exámenes. En cuanto a la atención médico, mismo, no porque ya vienen destinados lo turnos se les atiende, ahora cada médico están dando ellos mismo los turnos, les dan los turnos a cada uno de los paciente, entonces ya viene con (...), no se puede diferenciar si es discapacitado o no, entonces directamente les dan los turnos.

### **2. Conoce usted cuantas personas con discapacidad trabajan en el H.CAM y qué función o tareas cumplen.**

Sí, yo creo debe a ver un promedio de unas 20 personas que trabajan con discapacidad, hay gente, por ejemplo, que tiene discapacidad visual, yo conozco que hay dos personas por ejemplo, en esterilización central, ellas lo que hacen es doblar las gasas, esa es la función de distribuidos, si tenemos gente discapacitada aquí.

### **3. Conoce usted actualmente que planes, programas y estrategias de promoción y prevención existe en el H.CAM para la intervención oportuna en discapacidades.**

(...) ósea plan de promoción y de prevención, de prevención no se podría hacer para los discapacitados, porque no se puede prevenir una discapacidad (...) planes de atención, lo que se trabaja aquí bastante con los discapacitados en cuanto a la calificación de la discapacidad que es aquí la única parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que hace y califica la discapacidad, en calificación médica.

**4. Me podría mencionar cuáles son los artículos en los que se basa los programas establecidos, y que proyectos tienen para mejorar el servicio de atención en el H.CAM.**

(.....) eso sí no tengo conocimiento de los artículos, ni políticas, pero sé que maneja calificación médica, ellos (...) dan turnos, hacen la calificación por medio de los especialistas, (...) ósea, va un paciente a calificación médica, ellos derivan a los especialistas de acuerdo a la discapacidad que tienen, hacen la calificación de la discapacidad, regresan nuevamente a calificación médica, y esa(...) manda, ahora creo que la calificación están dando ya la discapacidad en los centros de salud del ministerio.

**5. De qué manera el H.CAM está garantizando a las personas que presentan minusvalía, deficiencia y condición discapacitante al acceso a los servicios de atención.**

Como ya le dije en la pregunta anterior, en cuanto a laboratorio si se les da un turno preferencial, en cuanto a las consultas no, porque ya vienen directamente con los turnos establecidos.

## **Anexo 11.**

Entrevista a V. T. Jefa de Relaciones Públicas del H.CAM.

### **1. Podría decirme que concepción sobre discapacidad usted tiene sobre la discapacidad, y como se la está ejecutando aquí en el hospital.**

Bueno, todas la personas que vienen a este hospital, obviamente vienen con alguna enfermedad, gran parte tiene por así decirlo discapacidad, y nosotros tratamos de brindar un buen servicio como son facilidades de acceso, y de manejo dentro del hospital, entregamos (...), hay las rampas especiales para ellos, y todas las sillas de ruedas para que tengan una comodidad y desplazamiento en todo lo posible, la primera norma es la comodidad y la mejor atención y más si tienen discapacidades.

### **2. Conoce usted cuantas personas con discapacidad trabajan en el H.CAM y qué función o tareas cumplen.**

Dentro de (...) bueno no manejo recursos humanos, soy relaciones públicas, pero he tratado con algunos compañeros dentro de mi área, tengo dos personas con discapacidad visual de un 40% y en una parte hablando de la pierna en un 65%, ellos trabajan conmigo en el área de información, son excelentes compañeros de trabajo, obviamente soy jefa de ellos, tengo una muy buena comunicación y ellos eran de otras áreas, eran de farmacia y auxiliar de enfermería, obviamente por ser un movimiento muy complicado, de desplazamiento que tenían que hacer obviamente por el constante movimiento de sus áreas pasaron al área de información, que es el área también manejada por relaciones publicas y entregamos el servicio de atención al público, entonces ellos están sentados, pueden pararse, caminar un poco y lógicamente hacemos que no tengan problemas en sus trabajos, y cumplan todas sus normales ocho horas de trabajo.

### **3. Conoce usted actualmente que planes, programas y estrategias de promoción y prevención existe en el H.CAM para la intervención oportuna en discapacidades.**

Si por supuesto, nosotros, cuando recién llegue voy a cumplir un año hubo una observación por parte del ministerio de salud, las cuales justamente estuve yo en la reunión, tenían toda la razón que era crear más rampas para pisos para las personas con

discapacidad, sillas de ruedas y ascensores, porque abajo en el subsuelo en la parte de farmacia, nosotros no tenemos un ascensor que nos puede llevar hacia arriba, entonces las personas, los guardias les decimos que tienen que brindar una ayuda primordial a las personas con discapacidad, tienen que subir la rampa en silla de rueda, porque no hay un ascensor que los pueda dirigir hacia arriba, es una de las cosas que nosotros tenemos que mejorar y rampas tenemos muchas gradas, pero no hay rampas que faciliten a las personas en las sillas de ruedas, se ha mejorado, si lo hemos hecho pero tenemos que ir todavía mejorando.

**4. Me podría mencionar cuáles son los artículos en los que se basa los programas establecidos, y que proyectos tienen para mejorar el servicio de atención en el H.CAM.**

(....) sabes que las desconozco realmente, lo manejamos nosotros como políticas (....), hubo una invitación recién por parte de la asamblea en el cual fui invitada, (....) justamente para tocar ese tema, lo hizo un asambleísta que maneja bastante bien la discapacidad y justamente hablaban de los artículos laborales y obviamente la no discriminación a estas personas no.

**5. De qué manera el H.CAM está garantizando a las personas que presentan minusvalía, deficiencia y condición discapacitante al acceso a los servicios de atención.**

Completamente todos, incluyendo, nosotros tenemos calificación médica, que donde la gente viene, nuestros usuarios, clientes vienen a sacar el carnet del CONADIS, que es el de discapacidad, nosotros damos todas las facilidades para que se pueda hacer rápido todo el procedimiento y con los exámenes correspondientes, obviamente no tenemos un personal tan amplio este momento, pero damos toda la facilidad para que todos los papeles salgan, traigan sus vehículos, vehículos especiales para ellos, los traen al costo normal que corresponde en el exterior a las personas con discapacidad, nosotros damos toda la facilidad a estas personas.