

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
Facultad de Medicina
Licenciatura en Musicoterapia



Trabajo Integrador Final

“ESI en Educación Especial: un modo de abordaje Musicoterapéutico”

Cátedra: Seminario de investigación

Docentes:

Dra. Violeta Schwarcz Lopez Aranguren

Lic. Lara Galán

Lic. Ingrid Kleiner

Estudiante: Franchini, Lucía. D.N.I: 43.994.016.

Año: 2024

lucia.franchini@usal.edu.ar

“ESI en Educación Especial: un modo de abordaje Musicoterapéutico”

La musicoterapia, como recurso socio-educativo, para la elaboración de contenidos de la ESI en la Modalidad de Educación Especial.

1. Planteamiento del problema.....	2
1.1 Introducción.....	2
1.3 Pregunta Problema.....	3
1.4 Hipótesis.....	3
1.5 Objetivo General.....	4
1.5 Objetivos específicos.....	4
2. Marco Teórico.....	4
2.1 La Salud y sus definiciones.....	5
2.1.1 Promoción y Prevención.....	7
2.1.2 Educación sanitaria.....	9
2.2 Discapacidad.....	10
2.2.1 La sexualidad en el campo de la Discapacidad.....	14
2.3 Ley de Educación Sexual Integral (ESI).....	16
2.3.1 Modalidad de Educación especial y la incorporación de la ESI.....	20
2.4 Dispositivo musicoterapéutico.....	24
2.4.1 La musicoterapia en el ámbito social y educativo.....	26
1.4.2 Lo lúdico-pedagógico.....	29
3. Estado del Arte.....	30
4. Tipo de estudio y metodología de investigación.....	36
5. Análisis de datos.....	37
5.1 Información sobre las entrevistas.....	39
5.2 Análisis de las matrices.....	40
Conclusiones.....	57
Apartado de limitaciones.....	61
Futuras investigaciones.....	62
Referencias bibliográficas.....	62
ANEXO I Guión de entrevistas semi-estructuradas.....	71
ANEXO II Entrevistas.....	72
ANEXO III Matrices/cuadros.....	136

1. Planteamiento del problema

1.1 Introducción

Según el Primer Relevamiento acerca de la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral (ESI), en el año 2021, el 33% de las Escuelas de la Modalidad de Educación Esencial en Argentina no cuentan con proyectos de ESI y otros 22.6% no incluye en sus proyectos institucionales contenidos o líneas de acción con la justificación de que la ESI se trabaja de manera cotidiana e implícita con cada individuo (Dirección de Educación Especial, 2022). La sexualidad es un aspecto central del ser humano, un pilar básico para la salud que está presente durante toda la vida. Pero lamentablemente, es un aspecto que en el campo de la discapacidad se lo ignora, quitándole el protagonismo que debería tener. La sociedad expresa desde su desconocimiento múltiples mitos y tabúes sexuales, vinculados a estereotipos e ideales, que únicamente limita toda posibilidad de que las personas con discapacidad puedan satisfacer sus necesidades afectivas y sexuales. Es un derecho humano básico poder gozar de la sexualidad libremente y para esto se requiere de información y acceso a los medios adecuados. Es así como surge en Argentina la ley 26.150 de Educación Sexual Integral en donde se propone un enfoque educativo que busca brindar conocimientos y herramientas para que los niños, niñas y adolescentes puedan desarrollar habilidades y actitudes que les permitan vivir su sexualidad de manera responsable, informada y saludable. Por más que en los últimos años comenzaron a circular diversos proyectos para trabajar esta temática, sigue habiendo dificultades para abordarlo en la práctica de la vida diaria con la discapacidad.

Esta investigación tiene como fin fundamentar la utilización de un dispositivo de musicoterapia, siendo un recurso socio-educativo para favorecer la elaboración de contenidos de la ESI, en la Modalidad de Educación especial, de forma lúdica, corporal y creativa. Se investigará mediante entrevistas a profesionales con el objetivo de indagar en sus experiencias laborales. Mediante esto, justificar la necesidad de un espacio de intimidad y autoconocimiento para los estudiantes; y desarrollar los posibles beneficios de un abordaje musicoterapéutico que pueda a futuro ser implementado en las instituciones escolares de la Modalidad de Educación Especial.

1.2 Importancia

La relevancia de esta investigación parte de que la sexualidad está presente en todo ser humano desde su nacimiento y se desarrolla durante toda la vida. Existe una gran escasez de espacios de enseñanza y aprendizaje sobre la sexualidad, desde una perspectiva integral; y esto puede generar grandes consecuencias. Una de ellas es la desinformación del cuidado responsable del cuerpo y así elevar riesgos con respecto a la salud. Además, abre espacio a mitos y a la discriminación. La falta de acompañamiento en el desarrollo de la sexualidad de una persona puede ocasionar sentimientos como el miedo y la vergüenza. Asimismo, existe una mayor probabilidad de que los niños no logren comunicar situaciones de violencia o abuso sexual. Es de fundamental importancia proveer a todos los estudiantes, entre ellos las personas con discapacidad, un abordaje de contenidos de la ESI. Con el objetivo de asegurar este derecho primordial de cada estudiante y disminuir los efectos de la ignorancia y desinformación.

La musicoterapia como disciplina del ámbito socio-educativo permite el pasaje por experiencias de profundización donde los contenidos pueden ser internalizados naturalmente. Se espera que esta investigación sirva como propuesta novedosa y eficaz de trabajo aportando al mejoramiento de actividades y acciones de proyectos de ESI; como también que sea material para el reconocimiento de las personas con discapacidad como seres sexuados

1.3 Pregunta Problema

¿Cuáles son los aportes de un dispositivo de Musicoterapia, con perspectiva socio-educativa, para la elaboración de contenidos de la ESI en la Modalidad de Educación Especial?.

1.4 Hipótesis

La musicoterapia como recurso socio-educativo con sus respectivas actividades; improvisación, expresión vocal y corporal, recreativas, de audición, ejecución y percepción musical; favorecen el trabajo de contenidos de la ESI en las Escuelas de Educación Especial ya que permiten vivenciar experiencias pedagógicas, lúdicas y creativas de calidad. En donde los conceptos, ideas y nuevos conocimientos se incorporan corporalmente y emocionalmente.

1.5 Objetivo General

Indagar acerca de los aportes o beneficios que ofrece la musicoterapia socio-educativa para el abordaje de contenidos de la ESI en la Modalidad de Educación Especial.

1.5 Objetivos específicos

1. Desarrollar los conceptos de sexualidad y discapacidad.
 - a. Demostrar la centralidad de un enfoque holístico e integral respecto de la salud, la sexualidad y la discapacidad.
2. Analizar las dinámicas escolares de la Modalidad Especial, dentro del aula o espacio, y desplegar distintas herramientas pedagógicas para ello.
3. Explorar la actualidad de la ley de Educación Sexual Integral en su incorporación a la Modalidad de Educación Especial.
 - a. Revelar la problemática y urgencia que entraña negar la sexualidad de las personas con discapacidad.
4. Fundamentar el armado de un dispositivo de musicoterapia socio-educativa para trabajar contenidos de la ESI en Educación Especial.

2. Marco Teórico

Resulta pertinente comenzar nuestro marco teórico con una breve descripción del concepto de salud; ya que, a grandes rasgos, es el fundamento de esta investigación. Es un derecho humano fundamental (Declaración Universal de

Derechos Humanos [DUDH], 1948, art. 25) y tenemos, como comunidad, el objetivo social de cooperar para el logro del grado más alto posible de salud. Conforman un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad y debemos contribuir para su promoción y preservación. Por otro lado, se debe tener en cuenta que solo puede ser explicado entendiéndolo como un fenómeno multidimensional con alto grado de complejidad. Es un concepto dinámico, abierto y relativo. Como consecuencia de esto, sigue siendo estudiado en la actualidad y está en constante revisión.

2.1 La Salud y sus definiciones.

Para comenzar a trabajar este concepto, se presenta la definición escrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de su Constitución, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en el año 1946. La salud aquí es “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Como ya se dijo anteriormente, es un derecho fundamental de todo ser humano gozar del grado máximo de salud (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, 1966, art. 12); y esto dependerá de la más amplia cooperación de las personas y de los estados.

Moreno (2008), presenta un análisis crítico de la definición impuesta por la OMS. Uno de sus comentarios es que se da por sentado que hay un consenso universal sobre los términos de salud y bienestar. La noción de lo que la comunidad entiende por salud es un producto o construcción social que va siendo modificada según la época y su estructura de ideas, valores y creencias. Entendiendo que lo que es considerado normal en un lugar puede ser anormal en otro. Arribamos así a una definición ahistórica, apolítica y estática; ya que no deja entrever la subjetividad que se encuentra en cada grupo social y periodo histórico-político. Más allá de esta crítica, se puede decir que es una definición útil y vigente porque permite establecer lineamientos específicos de acción en el marco de las políticas de salud. Además, superó el enfoque asistencialista sanitario y el paradigma biologicista que predominaba. Para así comprender que la salud es un fenómeno que trasciende el campo exclusivamente médico y que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad.

Varios años más tarde, el proyecto de Ley de salud y del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela en el año 2004 (como se citó en Moreno, 2008) desarrolla de manera más extensa la definición agregando que:

“Es la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida” (art. 3).

Se llega a la conclusión de que la salud, como aclaran Ledezma y Gutierrez (2020), no es un objetivo de la vida sino un recurso para la misma; que abarca aspectos subjetivos, objetivos y sociales. Es la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Además, en la definición mencionada anteriormente se agregó el término de “Determinantes del Estado de Salud”, un concepto desarrollado por Marc Lalonde en 1974. Estos se dividen en 4 factores y la interacción entre ellos condiciona la salud de las comunidades: el medio ambiente; los estilo y hábitos de vida; el sistema sanitario; y la biología humana (Universidad del Salvador, 2010). El autor afirma que cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una combinación de los cuatro. Por último, se enfatiza la importancia de los determinantes sociales; definidos como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud" (Acevedo, Martínez y Utz, 2013, p.4).

Para concluir, a continuación se presenta la definición escrita de Enrique Saforcada (como se citó en Bonzo et al., 1989) del concepto de salud:

Es la situación de relativo bienestar físico, psíquico y social- el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada-, considerando que dicha situación es producto de la interacciones permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo (entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente (entidad físico-química-psico-social-cultural y económico-política) (p.1).

Se decidió incluir y desarrollar el concepto de salud ya que, en términos generales, la presente investigación buscará promover un gran aspecto de la salud

que es la sexualidad, previniendo malestares y desinformación. Fomentando que las personas con discapacidad mantengan una gran calidad de vida pudiendo ejercer la plenitud de sus capacidades libremente y a lo largo de toda la vida. Sabiendo que la salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico, social y para una buena calidad de vida (OMS, 1986); es necesario establecer estrategias con enfoque de abordaje novedoso e interdisciplinario para la promoción y prevención de la salud. Para ello, se tendrá en cuenta los determinantes de salud, los factores de riesgo, la calidad de vida de la comunidad y la vulnerabilidad psicosocial.

2.1.1 Promoción y Prevención.

Para empezar, la promoción de la salud interviene en las condiciones e instrumenta las acciones necesarias para incidir sobre los determinantes de Salud. Gutierrez y Ledezma (2020) nos aclaran que el objetivo de la promoción de la salud es favorecer los determinantes positivos y evitar los negativos. A continuación su definición:

En este sentido, la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Gutierrez y Ledezma, 2020, p.5).

Los resultados de estas acciones permiten que las personas incrementen su control sobre los determinantes y en consecuencia se reflejan mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas (p.5).

En el año 1986, en Ottawa, se realizó la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Esta estaba dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000” y para ello se mencionan las 5 funciones de la promoción de la salud:

- Desarrollar entornos favorables: consiste en impulsar que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimular la

creación de condiciones de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes;

- Reforzar la acción comunitaria: impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud;
- Reorientar los servicios de salud: impulsar que los servicios de salud trascienden su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica; e
- Impulsar políticas públicas saludables: colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados (Como se citó en Gutierrez y Ledezma, 2020, p. 4).

Se debe tener en cuenta las subjetividades de cada comunidad, sus sistemas sociales, culturales y económicos para así adaptarse a las necesidades locales.

Otro gran objetivo que se menciona en dicha Carta es la importancia de alcanzar la equidad sanitaria (p.1-2). Estar alerta a los indicadores de vulnerabilidad social para así trabajar en reducir las diferencias. La vulnerabilidad social se relaciona con características propias de un sujeto o grupo de sujetos que hacen que ellos mismos tengan una probabilidad mayor de padecer un daño (Bonzo et al., 1989). En la Carta, se afirma que se debe asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial (p.2).

Para cerrar, se presenta aquí la definición de la OMS y OPS en 1990: “La Promoción de la Salud es concebida cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (Como se citó en Triviño-Vargas, 2012, p. 5)

A grandes rasgos, se trata de promover en la comunidad acciones tendientes a mejorar la calidad de vida, osea a desarrollar potenciales de salud.

Por otro lado, la prevención de la salud se la define como “La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida física y mental.” (Acevedo, Martinez y

Utz, p.6). Jordi (como se citó en Pellizari y Rodriguez, 2019) plantea distintos niveles de prevención:

Prevención primaria: Todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de una enfermedad o trastorno en una determinada población, reduciendo de este modo el riesgo de que aparezcan nuevos casos.

Prevención secundaria: Todo aquello cuyo objetivo consista en disminuir la existencia de una enfermedad en una población, reduciendo su evolución y tiempo de duración al mínimo posible.

Prevención terciaria: Todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de las incapacidades crónicas en una población, procurando que las invalideces funcionales, consecuencia de la enfermedad sean menos posibles. Evitar que empeoren las consecuencias propias del trastorno existente. Comprende aspectos de rehabilitación, integración o reinserción social (p.317)

Bonzo (et al. 1989) aclara que se deben implementar estrategias en relación al cambio de actitudes, creencias, prejuicios, estilos de vida , etc. Teniendo siempre en cuenta las condiciones de la comunidad, entre ellas sus factores de riesgo: “El enfoque de riesgo se emplea para medir las necesidades de atención. Contribuyendo a establecer prioridades en salud así como necesidades de reorganización de los servicios de salud” (p.2). Además, la forma de actuar de una comunidad frente a los factores de riesgo se explica desde cómo se los percibe. Cuando la comunidad percibe su situación de riesgo se cuenta con un recurso facilitador para la programación de actividades preventivas (p.4). En otras palabras, la percepción de riesgo es condición para la eficiencia y eficacia de las acciones sanitarias.

También existe otra Declaración fundamental que es la de Alma Ata (Conferencia Internacional sobre la Atención primaria de la Salud, 1978). Aquí manifiestan que uno de los objetivos principales es desarrollar mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para desarrollar plena participación, autorresponsabilidad y autodeterminación (p.2).

Así es como llegamos al último concepto que se debe trabajar para el desarrollo del concepto de salud en esta investigación; que es el de educación

sanitaria. Instrumento fundamental para mejorar los determinantes de la salud de una comunidad y permitir el aprendizaje de hábitos de vida saludables.

2.1.2 Educación Sanitaria

La Educación Sanitaria es uno de los medios principales para la promoción y prevención de la salud. Se generan procesos educativos para que las personas puedan conocer, identificar y asumir su responsabilidad en el autocuidado de la salud. Motivar el cambio de estilos de vida para fomentar la práctica de hábitos y comportamientos saludables y motivar al cambio, en función de las necesidades específicas de la comunidad. Gutierrez y Ledezma (2020) exponen que la educación sanitaria “Consiste en conseguir que la población adquiera conocimientos básicos de cuestiones sanitarias, necesarios para la prevención de enfermedades, los tratamientos en caso de urgencias, la nutrición adecuada, etc.” (p.6). El principal objetivo es hacer de la salud un bien colectivo. Lograr que todos los miembros de la comunidad puedan contribuir en su salud de manera participativa y responsable; cambiando conductas perjudiciales y consolidando las saludables (p.6).

La ley de Educación Sexual Integral, que se desarrollará luego, es una de las acciones políticas de Educación Sanitaria para la promoción y prevención de la salud. Pero para los estudiantes de Escuelas de Educación Especial, la implementación de esta ley se encuentra obstruida por prejuicios hacia las personas con discapacidad. A partir de esta introducción sobre el concepto de salud se abre paso a trabajar varios conceptos que tienen su relación con la temática a ser investigada. Uno de ellos es el concepto de discapacidad. Es un sector de la población que posee abundantes indicadores de vulnerabilidad social; mostrando así grandes estigmatizaciones y estereotipos que hay sobre ellos.

2.2 Discapacidad

El proceso de construcción de los paradigmas de la discapacidad es extenso y complejo. Para desarrollarlo, primero se introducirá la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 en donde se dividen tres dimensiones de consecuencias de la enfermedad: la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía (como se citó en Padilla Muñoz, 2010). Aquí ya se comienza a ampliar la concepción que inicialmente estaba centrada solo en la enfermedad (modelo médico) para tener en cuenta también las consecuencias de esta en todos los

aspectos de la vida de las personas. El diagnóstico de una persona con discapacidad se deberá atender siempre teniendo en cuenta la deficiencia que la origina y las consecuencias que puedan derivar en minusvalía (Caceres Rodriguez, 2004). Según Egea Garcia y Sarabia Sanchez (2001) se aclara que dichos niveles no son lineales sino que tienen una relación causal. Porque una deficiencia puede producir una discapacidad y la minusvalía puede ser causada por cualquiera de las dos anteriores. Como también puede suceder que determinada minusvalía cause una discapacidad.

A continuación, un breve desarrollo de los tres conceptos de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías:

- Por un lado, las deficiencias pueden ser intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, músculo esqueléticas, desfiguradoras, generalizadas, sensitivas, etc.
- Mientras que la discapacidad se clasifica en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras.
- Por último, la minusvalía se divide también en dimensiones como las de orientación, de independencia física, de la movilidad, de ocupación, de integración social o de autosuficiencia económica. (Caceres Rodriguez, 2004)

Luego de unos años, en el 2001 durante la Asamblea de la OMS, se crea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Aquí ya se desarrolla un esquema con múltiples interacciones en donde se hace énfasis en el funcionamiento humano tanto positivo como negativo (Garcia y Sanchez, 2001). Se centran tanto en el funcionamiento como en la discapacidad de una persona; considerándolo parte de una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedad, trastornos, lesiones, traumas, etc) y los factores contextuales personales y ambientales (Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011). Los distintos ambientes pueden tener efectos diversos en un individuo según su condición de salud. Osea que la condición de salud se verá afectada por una compleja combinación de factores (Garcia y Sanchez, 2001).

Además, los problemas del funcionamiento humano se agrupan en tres categorías vinculadas entre sí:

- Deficiencias: Son problemas en la función corporal o alteraciones en la estructura corporal; por ejemplo, parálisis o ceguera. A menudo son identificadas como síntomas o señales de condiciones de salud.
- Limitaciones de la actividad: Son dificultades para realizar actividades; por ejemplo, caminar o comer.
- Restricciones de participación: Son problemas para participar en cualquier ámbito de la vida; por ejemplo, ser objeto de discriminación a la hora de conseguir empleo o transporte. (Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011, p.5)

Con este nuevo paradigma que propone la CIF, la discapacidad, entonces, surge de la interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales. Refiere a las dificultades que se presentan en cualquiera de las áreas de funcionamiento. Es un término globalizador de los factores negativos del funcionamiento. A continuación, la definición propuesta por la CIF:

Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo, con una "condición de salud", y sus factores contextuales, factores ambientales y personales (OMS, 2001, p.227).

Gracias a este nuevo modelo, se deja de emplear a la discapacidad como una parte de las consecuencias de la enfermedad y se eleva a causas socio-ambientales. Se emplea un lenguaje neutro sin distinciones entre el tipo y causa de la discapacidad.

Cuando se habla de factores ambientales se incluyen: productos y tecnología; el ambiente natural y el entorno construido por el hombre; apoyo y relaciones; actitudes, y servicios, sistemas y políticas. Asimismo, son parte de los factores personales las diferencias de género, edad, condición socioeconómica, sexualidad, origen étnico o legado cultural; como también podrían ser la motivación y la autoestima. Además, las condiciones de salud pueden ser visibles o invisibles; temporales o de largo plazo; estadísticas, episódicas o degenerativas; dolorosas o sin consecuencias. (Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011).

La CIF también puede utilizarse para analizar los aspectos positivos del funcionamiento, como las actividades y funciones corporales, la participación y la facilitación del entorno.

Esta transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita por el Informe Mundial sobre la discapacidad (2011) como el viraje desde un «modelo médico» a un «modelo social». Este último modelo propone que en realidad la discapacidad es un hecho social. La deficiencia que genera la discapacidad, pasa de ser el centro de atención a ser un dato relevante para determinar las estrategias de la sociedad y así garantizar la igualdad de todos los individuos (Acuña y Bulit Goñi, 2010). En el llamado modelo social “no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Palacios, 2008, p. 103-4).

Para concluir, decir que la discapacidad es un problema social significa que:

“a) La problemática debe ser entendida en un contexto social, cultural, histórico y geográfico; b) la deficiencia o daño de la persona afectada implica sólo una parte de la situación de discapacidad; que la resolución del problema implica tanto una adecuada rehabilitación como contar con una sociedad accesible” (Maldonado, 2013, p.7).

Por lo tanto, las características médicas y biológicas de una persona terminan siendo fundamentales solamente para evidenciar la capacidad o incapacidad de la sociedad para dar respuesta a sus necesidades (Acuña y Bulit Goñi, 2010). La discapacidad es un fenómeno universal ya que es parte de la condición humana. En el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011) se explica que casi todas las personas en algún momento de sus vidas experimentan una situación de discapacidad. Asimismo la experiencia de la discapacidad es una para cada individuo, por eso se la define como de gran heterogeneidad, dinámica y multidimensional.

Es de utilidad para la presente investigación, relacionar todo lo dicho anteriormente con el concepto de Vulnerabilidad social. Se ha expresado que las personas con discapacidad se encuentran en una especial situación de desventaja social. La sociedad ha construido un entorno preparado solo para un determinado estándar de personas (Maldonado, 2012). Por ello es que forman parte de los grupos considerados vulnerables y requieren de una atención particular junto con