

Discapacidad: Un abordaje específico del Trabajo Social

Helga Ticac*
helgaticac@gmail.com

Resumen

El enfoque a presentar es específico de la intervención del Trabajo Social, que apunta al abordaje de la temática de la discapacidad, dentro del marco de los Derechos Humanos. Son significantes, en este contexto, los conceptos de Ética, Deontología y Calidad de Vida. Éste modelo tiene como centro a la persona con discapacidad y sus múltiples dimensiones sistémicas: la personal, la familiar, la social-comunitaria y la cultural.

En Ética, la temática corresponde a la ética de la justicia, que invoca la igualdad de las personas, de sus posibilidades y oportunidades. En Deontología, se plantea reconocer, identificar y atender a características y particularidades de la persona o del grupo con el que se trabaja, partiendo de problemas y necesidades comunes que encaminen un proceso de resolución y liberación.

Para la consecución de este ideal -la resolución de problemas-, el trabajador social cuenta con la planificación como herramienta con el objetivo de una mejor calidad de vida para el sector. En este proceso, se producen situaciones de gran intensidad y compromiso con la persona, familia o grupos con discapacidad, posibilitando la concreción de proyectos.

discapacidad- ética- deontología
- calidad de vida

* **Helga Alejandra Ticac** es Licenciada en Servicio Social y Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento. Integra el Proyecto de Investigación "Niñez en Riesgo y Políticas Sociales en General Roca" y el Proyecto de Extensión "Servicio de Asesoramiento y Gestión de la Accesibilidad 2007". Coordina el Grupo INCA ("Amigo que ayuda"), Responsable del Proyecto Gestión de la Accesibilidad del programa Voluntariado Primera Convocatoria del Ministerio de Educación de Nación

Helga Ticac

Disability: A specific approach of Social Work

disability – ethics - deontology –
quality of life

The approach to be developed in this article is specific to Social Work intervention and it deals with the issue of disability in the framework of Human Rights. In this context, concepts such as ethics, deontology and quality of life are quite relevant. This model focuses on the person with disabilities and his/her multiple systemic dimensions: personal, familiar, social-communal and cultural.

In Ethics, this topic correlates with the ethic of justice, which claims the equality of all human beings, their possibilities and opportunities. In Deontology, the aim is to recognise and identify the particular characteristics of the person or group, starting with the analysis of problems and common needs towards a process of conflict resolution and freedom.

In order to achieve this ideal –finding solutions to problems-, the social worker relies on planning as a tool leading to a better quality of life. In this process, there are many situations of great emotional intensity and commitment with the person, family or groups with disabilities, and this facilitates the realisation of many projects.

1. Discapacidad

Es cierto que la discapacidad implica una serie de desventajas y desigualdades, que a la persona que porta el déficit le implica una situación de vulnerabilidad que le viene dada por las dificultades intrínsecas de los tratamientos de la enfermedad y las limitaciones en el desarrollo de actividades propias de la vida. Sin embargo, es importante entender la discapacidad como un “desencuentro entre la persona con déficit y su ambiente social, porque éste carece de la variedad de posibilidades que los miembros de su comunidad necesitan en su diversidad”.

Las definiciones y clasificaciones que subsisten en el área de la discapacidad, dan cuenta de un atributo personal y de problemas particulares; y en la medida en que nos acercamos a la perspectiva social el atributo se convierte en limitación vital y en problema social.

Existen numerosas disquisiciones alrededor de las definiciones de discapacidad, es por esto que se opta por la expresión *personas con discapacidad*, por considerarla más adecuada a una visión subjetiva y social.

Debido a que las denominaciones acarrear consecuencias ideológicas, metodológicas y pragmáticas, en el área de la Discapacidad se utiliza la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías¹ para clasificar las consecuencias de las enfermedades, traumatismos y otros trastornos y la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F.) de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) por constituir códigos de referencia internacionales.

La concepción de enfermedad o trastorno genera una serie de acontecimientos relacionados entre sí, definidos como deficiencia (exteriorizada), discapacidad (objetivada) y minusvalía (socializada).

Por su parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud incluye la importancia de los factores contextuales. La nueva versión intenta rescatar las potencialidades del funcionamiento humano, a través de los conceptos de dificultades

¹ Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales- Ministerio de Asuntos Sociales): “... publicada para ensayo de acuerdo con la resolución WHA 29.35 de la 29ª Asamblea mundial de la Salud. Mayo de 1976”.

en la *función* y la *estructura*, las limitaciones en la *actividad* y las restricciones en la *participación*.

“Discapacitados se les llama a aquellas personas que no están capacitadas o están imposibilitadas para realizar alguna actividad, es decir, que son dependientes para solucionar algunas de las necesidades de la vida diaria”.

Encabeza las definiciones de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalías la frase “Dentro de la experiencia de salud...”.

Comienza por definir *deficiencia* como “toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”. Se manifiesta ante un hecho notorio y el individuo toma conciencia de su alteración. Se trata de secuelas invalidantes que cuando son irreversibles dejan una limitación en el desarrollo de las actividades humanas. Las deficiencias se caracterizan por pérdidas o anomalías de origen congénito o adquirido, temporales o permanentes que incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano, tejido u otra estructura corporal, en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.

Luego define *discapacidad* como “toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad (debida a una deficiencia), en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”. Se refiere a actividades complejas o integradas que se esperan de los individuos, como las tareas, aptitudes y conductas. El problema se hace objetivo cuando interfiere en la limitación funcional, en la vida diaria.

Finalmente define *minusvalía* como “una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol, que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”. Implica una desventaja social con respecto a sus pares, e imposibilidad de adaptarse.

Las discapacidades se pueden clasificar, según el área que se halle comprometida, en físicas o neuroloco-

motoras, sensoriales, orgánicas y mentales.

Las *discapacidades físicas* (neurolocomotoras) corresponden a los motóricos y pueden deberse a lesión medular traumática, esclerosis múltiple, espina bífida, parálisis cerebral, hemiplejías, miopatías, poliomielitis, artritis reumatoidea y otras afecciones.

Las *discapacidades sensoriales* implican una pérdida o disminución de la función de algunos de los órganos de los sentidos, congénitas o adquiridas, tales como ceguera, disminución visual y enfermedades de la visión, sordera, disminución auditiva y enfermedades de la audición y otras combinaciones.

Las *discapacidades orgánicas* se deben a la alteración de algún órgano. Se hallan las enfermedades cardiovasculares, diabetes, otras producidas a consecuencia de extirpaciones que culminan en la pérdida o desfiguración de alguna parte del cuerpo, como la enterostomía, mastectomía, histerectomía.

La *discapacidad mental* -leve, moderada, severa y profunda- tiene causal en alteraciones metabólicas, cromosómicas, de formación, lesiones cerebrales, epilepsias y factores socioculturales.

Como se desprende de la clasificación precedente, la *discapacidad* abarca una gama de patologías y se manifiesta en distintos niveles: el de la *deficiencia*, el de las *limitaciones de la actividad* y el de las *restricciones de la participación*.

Las *deficiencias*, por lo tanto, consisten en alteraciones físicas y psíquicas que afectan la autonomía y el funcionamiento humano de modo prolongado o crónico. Dichas alteraciones que son amplias y diversas -desde lo más visible hasta lo más invisible- entrañan riesgos de limitaciones en actividades tales como comer, beber, deambular, ver, oír, conversar o "gestionar la propia vida".² Pueden ser tan graves que lleven a situaciones de dependencia funcional y de los entornos circundantes a los afectados.

La *dependencia funcional* se refiere a las restricciones que derivan de las propias deficiencias; pueden venir dadas por limitaciones para diferentes actividades, tema

² Casado, Demetrio. La dependencia Funcional y sus demandas. Videoconferencia: "Dialogando con Demetrio Casado". I Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, familia y comunidad. Buenos Aires.

que ha sido objeto de distintas representaciones conceptuales y definiciones operativas, en escalas y formularios de valoración. Los instrumentos toman como referencia la noción de Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) y se combinan con otros factores: ABVD, o autocuidado; AIVD, o instrumentales, o de desenvolvimiento en el medio social; AAVD, o avanzadas que permiten la participación social.

Suele suceder que en los instrumentos empleados para definir y valorar la dependencia funcional se omitan actividades que implican el buen funcionamiento intelectual y/o emocional. Así, no se detectan situaciones de dependencia para actividades de gestión de la propia vida frecuentes en personas afectadas de deficiencias intelectuales y enfermedad mental.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F.) especifica "resolver problemas, tomar decisiones, manejo del estrés y otras demandas psicológicas, cuidado de la propia salud, adquisición de un lugar para vivir, interacciones personales complejas, relaciones familiares, conseguir, mantener y finalizar un trabajo, autosuficiencia económica". Desde una perspectiva social, *discapacidad* se refiere, por lo tanto, a posibilidades limitadas o restringidas de desarrollo humano, dada por carencias físicas, mentales o de otro tipo, pero también por impuestas por la misma comunidad a la que se pertenece, en tanto y en cuanto no siempre ofrece medios alternativos de superación y/o promoción.

Es también reconocida la relación existente entre discapacidad y pobreza. Las necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.) contribuyen a la determinación de discapacidades y, por lo mismo, también es posible revertirlas mediante acciones direccionadas.

Desde el punto de vista de la incidencia de factores socioculturales en la etiología de las discapacidades que pueden provocar deficiencias en una persona se encuentran la desnutrición infantil, la deshidratación y las infecciones por falta de higiene, casi siempre acompañadas de insuficiente estimulación y aislamiento social.

La deficiencia de hierro se asocia con una disminución de la capacidad intelectual aún varios años más tarde de cuando ocurre y afecta a las mujeres en edad fértil, embarazadas y lactantes. Ocasiona mayor riesgo de fracaso escolar, menor capacidad de trabajo muscular y menor defensa ante las infecciones. La deficiencia severa de vitamina A es la primera causa de ceguera en el mundo en vías de desarrollo. La deficiencia de ácido fólico en las embarazadas genera el riesgo de espina bífida y mielomeningocele.

Las deficiencias son más frecuentes en un contexto de pobreza. Por la mala calidad nutricional, se producen infecciones reiteradas en un ambiente insalubre.

También existen otras causas, originadas en el ámbito sociocultural, que contribuyen a la instalación de discapacidades, como los accidentes en el hogar, enfermedades ocupacionales, accidentes laborales originados por inseguridad en las condiciones del trabajo, complicaciones durante el embarazo y el parto, generalmente en mujeres de escasos recursos y educación o en madres adolescentes y abuso de sustancias adictivas, entre otras.

2. La integración de personas con discapacidad

Diversos autores³ (Parietti, Eroles, Pantano) coinciden en que es necesario considerar dos cuestiones: las personas con discapacidades y la comunidad en la que viven, y proponen una clasificación de barreras.

La comunidad puede hacer el medio más aceptable para una mayor gama de aptitudes, o negar las diferencias y obstaculizar los procesos de integración de las personas con discapacidad.

Justamente la definición de problema social que se atribuye a la discapacidad remite a las dificultades que presenta la sociedad para integrarlos. Al respecto, la responsabilidad de la integración y de la disminución de las barreras debe ser compartida por todos los miembros de la sociedad.

Existen distintos mecanismos sociales de señalamiento de las diferencias tales como la construcción de

³ Mario Parietti. Arquitecto, docente investigador de la Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional del Comahue. Ponencia en el Simposio "Personas con Discapacidad. Prof. Carlos Eroles, en las *Jornadas Universidad y Discapacidad*, Neuquén, Septiembre de 2003.

⁴ Pantano, Liliana (1987) *La Discapacidad como Problema Social*. Ed. Eudeba. Bs. As.

mitos y prejuicios, respuestas segregadoras, ocultamiento, negación, ignorancia e indiferencia, entre otros (Pantano, 1987).⁴ Posición que se traslada a las construcciones materiales y de esta manera las barreras culturales generan las barreras físicas.

Las barreras físicas competen a la accesibilidad y uso del espacio urbano, edificios públicos, privados y vivienda. Además de las barreras en el transporte, estaciones ferroviarias y terminales de colectivos en corta, media y larga distancia, incluyen todas aquellas trabas, impedimentos u obstáculos que limitan la libertad de movimientos dentro del espacio urbano como la inexistencia de vehículos adaptados, en número suficiente, con personal entrenado y frecuencias garantizadas.

Por otro lado existen deficiencias en el uso de los medios de comunicación. Se incluyen aquí la ausencia o uso indebido de códigos, pictogramas, mapas de relieve, etc., una señalética adecuada y subtitulación de mensajes en la televisión que posibiliten el acceso a espectáculos públicos culturales y deportivos. Tampoco hay accesibilidad a la educación ni programas verdaderamente efectivos de educación inclusiva. A esto se suman las fallas acústicas en las salas, en los colores, en las herramientas de informática. En el ámbito académico, constituyen barreras aquellas dificultades del docente y de la unidad académica de que se trate para adaptarse metodológica y operativamente a las deficiencias del estudiante.

Finalmente, las barreras culturales son barreras mentales que dependen, en gran medida, de la falta de información y asesoramiento para modificar actitudes hacia las personas con discapacidades. Implican en este punto las psicológicas, propias de la persona con discapacidad y las socioeconómicas, que suelen no incluirse en las clasificaciones y en gran medida condicionan las políticas de inclusión. Como afirma Eroles, "no hay acceso al trabajo por incumplimiento de la normativa vigente en el ámbito público y privado y por los prejuicios culturales de una sociedad insensible a los reclamos de justicia, que acepta a los pobrecitos discapacitados, que se conforman con la marginación y rechazan a los ciudadanos discapa-

citados en sus reclamos de igualdad y respeto a sus necesidades de autonomía”⁵ (2003).

Lamentablemente, aún persisten actitudes discriminatorias en la sociedad hacia lo que cree distinto.

Sobre este punto cabe agregar que el tipo y grado de discapacidad influye en la disposición a integrar a las personas con discapacidad. También influye en la actitud –según lo demuestran investigaciones realizadas en la Universidad del Comahue-, que quienes no han tenido situaciones de proximidad con personas con discapacidad tienen reparos en el trato con las mismas, mientras que en aquellos que han tenido o tienen trato habitual con personas con discapacidad disminuye la diferencia y el vínculo asimétrico con lo cual el trato discriminatorio desaparece.

¿Cuáles son las actitudes sociales frente a la discapacidad de los no discapacitados? Indiferencia, silencio, pedido de pautas de comportamiento, sobreprotección, desprotección, ocultamiento, temor...

¿Cuáles son las modalidades de interacción social frente a la discapacidad? Se opera la descentralización de la persona y centralización en el atributo, lo que produce un efecto de impregnación total de la misma; se manifiesta una resistencia a la integración originada en la identificación de barreras pedagógicas y/o arquitectónicas juzgadas como insalvables; se produce una asociación imaginaria con carga afectiva negativa; se buscan rasgos visibles, sensibilización y habitualidad.

Estos factores confirman que cuanto mayor es la discapacidad, menores son las posibilidades de integración y -en relación a la habitualidad-, cuanto se produce un trato más frecuente, disminuye el desconocimiento y aminora el prejuicio, lo que posibilitaría la integración.

De acuerdo con una investigación realizada en la Facultad⁶ sobre los estudiantes universitarios con discapacidad, surge que su inserción personal depende de sus características personales, familiares y sociales; la experiencia en el ámbito familiar e institucional perfila la manera de ser del estudiante con discapacidad en la experiencia universitaria.

⁵ Prof. Carlos Eroles, Conferencia “Discapacidad, una cuestión de Derechos Humanos”, *Jornadas Universidad y Discapacidad*, Neuquén, septiembre de 2003.

⁶ Ticac, Helga (2002) “La Inserción Universitaria de los estudiantes con discapacidad”. Tesis de Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento. UCES.

3. El deber hacer frente a la discapacidad

La deontología es una rama de la ética que prescribe el cumplimiento del deber hacer en un profesional. Los deberes de que trata la deontología se transforman con las épocas, al mismo tiempo que se transforman los conocimientos propios de una ciencia o disciplina científica. En consecuencia, es fundamental en el desempeño profesional, como señala Eva Giberti, "la puesta en acto del pensamiento crítico y del pensamiento complejo".

Las decisiones reales no son simples alternativas entre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto sino decisiones deónticas tras las cuales subyacen dilemas éticos. Para tomarlas lo que corresponde es plantearse el tema, revisar sus ejes y su cuestionamiento (argumentación), desarrollar y justificar proposicionalmente lo que se sustenta (deliberación) y contrastar, confrontar, discutir con otros puntos de vista la posición sostenida antes de tomar una decisión (actuar o no).

4. El profesional en situaciones de vulnerabilidad y desvalimiento

Diversos profesionales trabajamos con situaciones de vulnerabilidad y desvalimiento, ambas articuladas entre sí. Denise Defey⁷ señala, con respecto a la intervención en crisis de los profesionales, que ésta exige "el compromiso de la persona, y todo tipo de conocimientos, los cuales provienen muchas veces de la propia experiencia de vida, así como de la propia capacidad de intuición y entrega". Es una tarea que no admite tibiezas y en la que anidan tanto la posibilidad de dar sentido a la propia vida, al rescatar la ajena, como la de naufragar en un error o fracaso que arrastre a un otro aún dependiente a un camino indeseado y, eventualmente, fatal. No admite burocracias y exige que "la persona esté disponible no sólo en su capacidad técnica sino con la posibilidad de un compromiso afectivo y un grado de involucramiento personal que no se puede prescribir en un reglamento o consignar en un instructivo".

⁷ En Los Límites de la Vida. Aportes para una teoría de la técnica de la intervención en crisis.

Cierta dosis de omnipotencia es "imprescindible también para poder cargar con el otro al hombro y poder hacerle transitar los momentos más críticos sin desfallecer"; y también de humildad para no creernos dueños de la vida ni del destino de la otra persona e intentar la empresa con otras personas.

En un primer momento de urgencia debe intervenir, pero luego no se debe continuar si no se está preparado para hacerlo, tanto desde lo teórico como desde lo personal. También se debe indagar la voluntad de quien debe ser asistido. Ello implica *compartir* la responsabilidad en el proceso de recuperación.

4.1. Calidad de vida

"Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales, que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos".⁸ La definición surge como producto de la revisión e integración progresiva de las investigaciones más relevantes en el campo de la discapacidad propuesta por Robert Schalock en 1997.

Como se advierte, los indicadores se relacionan con ocho dominios nucleares determinantes para poder evaluar la calidad de vida. El enfoque es multidimensional y las dimensiones se hacen operativas en la formulación de indicadores diferenciados. El planteamiento se basa en la Teoría de Sistemas. Verdugo Alonso y Schalock proponen que las dimensiones e indicadores se estructuren de acuerdo con un triple sistema: microsistema, mesosistema y microsistema.

Intervenciones desde el Trabajo Social

El Trabajo Social, comprometido con este sector vulnerado históricamente, debe expresar las dimensiones de la persona para lo cual su intervención requiere como

⁸ Miguel Ángel Verdugo Alonso, *Calidad de Vida. I Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental*, 11, 12 y 13 de Octubre de 2001, Bs. As.

condición *sine qua non* un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Sus objetivos serán promover el bienestar intersubjetivo y social de la persona con discapacidad teniendo como finalidad el desarrollo de su *calidad de vida*; propiciar la inserción de las personas con discapacidad a su ambiente familiar y social contribuyendo a potenciar la supresión de las barreras que impiden una integración plena; incentivar a grupos y personas con discapacidad a la participación en la generación de proyectos y actividades que interesen aspectos de su vida; impulsar y apoyar la investigación, aplicada al estudio y solución de problemas; favorecer el desarrollo de conductas solidarias, humanas y proactivas que apunten a impactar en las políticas públicas y en la conciencia colectiva, contribuyendo a la paulatina y total desaparición (en el proceso de equiparación de diferencias y oportunidades), de la discriminación, la marginación y el aislamiento; e intervenir en las situaciones de vulneración de los derechos de las personas con discapacidad, interponiendo la mediación en la resolución de conflictos declarados y la denuncia cuando no se cumplan los derechos.

Para lograr estos objetivos, el Trabajo Social cuenta con distintas herramientas de intervención en los distintos niveles de abordaje, aunque la planificación es la herramienta por excelencia. Es un proceso lógico, coherente, consecutivo, mediante el cual se alcanzan los objetivos. Al elaborar una planificación, la comunidad y sus personas se encuentran ante situaciones pensadas, previstas, debatidas en un plano mental y concreto que derivan en un menor grado de incertidumbre hacia lo que está por venir.

La elaboración de proyectos sociales nace como consecuencia del deseo de mejorar la realidad en la que vivimos y de la búsqueda de una calidad de vida aceptable. Debe recorrer cuatro etapas básicas en el marco de un proceso de investigación- acción: diagnóstico (conocimiento del problema); planificación (pre-visión de las soluciones posibles); ejecución (puesta en marcha de las soluciones); evaluación (identificación de los cambios rea-

lizados, estimando el impacto alcanzado). Se orientan hacia la resolución de problemas, necesidades y carencias, por lo tanto contemplan fundamentalmente aspectos de las N.B.I. e indirectamente influyen en otras necesidades psicosociales como el reconocimiento, la dignidad, la autoestima, la seguridad, entre otras.

Conclusiones

Durante el desarrollo del trabajo se ha hablado de ética, deontología y calidad de vida de manera de profundizar conceptos que se procesan entre Derechos Humanos, Discapacidad y Trabajo Social.

El profesional se encuentra con el sufrimiento y encuentra en su camino problemas y dilemas. El dilema es transformativo pues el profesional, con su acción, puede cambiar el rumbo de una vida. Por ello, es importante abrir interrogantes sobre la práctica profesional y la multiplicidad de variables que intervienen en la misma, como así también afinar el ejercicio de la discusión, la crítica y la autocrítica, ampliar nuestro horizonte de conocimientos y aceptar las contradicciones intrínsecas a todo problema o dilema.

La actuación profesional del Trabajo Social debe ejercerse éticamente en todos los ámbitos y niveles de intervención, pero en discapacidad y salud mental adquiere características particulares por el nivel de compromiso y por tratarse de procesos en los que se debe propender hacia la autonomía de la persona, grupo o familia de la que se trate. Es un trabajo racional que exige no perder de vista su finalidad, manteniendo un equilibrio entre el acercamiento afectivo y la promoción de la independencia de los destinatarios. El compromiso corresponde a una ética solidaria: una ética como toma de posición y una técnica como toma de decisión (proceso intelectual).

Tal accionar implica una actitud ética y deóntica. Sus destinatarios son la persona que necesita ayuda pero también el propio profesional. Difícilmente una acción o decisión que ha cambiado una vida pueda ser olvidada,

pero puede quedar como una marca que es necesario elaborar. Las decisiones tienen efecto sobre la conciencia personal de los profesionales. Pero además de la persona asistida, existen otros destinatarios de nuestras acciones: los familiares de la persona asistida, los colegas y residentes de la carrera de Servicio Social, en los cuales comienzan las bases de una singular intervención.

Finalmente, enfatizo la importancia de revisar la propia actuación profesional, los mandatos religiosos, la carencia de formación deontológica y la inexistencia de un contexto sanitario-profesional preparado para encarar problemas de naturaleza bioética. Propongo, en consecuencia, toda la entrega que pueda ponerse en juego, pasión y compromiso por el trabajo y, si es necesario, cierto grado de involucramiento personal. Rescato el aprendizaje a partir de la propia experiencia y de la experiencia que se comunica. Como afirma Eva Giberti, lo importante es, en definitiva, "incluir la aceleración a la cotidianidad y competir con otros acelerados y con otras aceleradas, no detenerse para tomar aliento porque detenerse significa perder tiempo...".

6. Bibliografía

Bachmann, M. L. (2003) "Discapacidad, atrapamiento subjetivo y social". *II Jornadas Nacionales de Universidad y Discapacidad*. Neuquén. Septiembre.

Basso, D. (1991) *Nacer y Morir con dignidad. Bioética*. Ediciones Depalma, Buenos Aires.

Cantis, J. (1999) "El Discapacitado y su familia: Aportes teórico clínicos". *Revista Actualidad Psicológica* Nº 199. Buenos Aires.

Casado, D. (1991) *Panorámica de la Discapacidad*. Colección INTRESS. Barcelona.

Casado, Demetrio (2005) "La dependencia Funcional y sus demandas". *I Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad*.

Celada, Beatriz y otros (2003) "Barreras culturales, currículum e Integración escolar de discapacitados". Proyecto de Investigación "Diagnóstico de las condiciones socio-institucionales de la Universidad Nacional del Comahue para la integración de los alumnos con discapacidad". Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue.

Defey, Denise (2000) "Los límites de la Vida. Aportes para una teoría de la técnica de la intervención en crisis". Ficha de Cátedra.

Eroles, Carlos (2003) "La discapacidad, una cuestión de Derechos Humanos". *II Jornadas Nacionales de Universidad y Discapacidad*, Neuquén.

Freud, S. (1973) *Más allá del Principio del Placer*. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid España.

Giberti, E. (2001) "Hay que poner algo de la ética". Ficha de Cátedra.

————— (2000) "Dilemas en la práctica profesional"- Ficha de Cátedra.

————— (2000) "Era del poseber". Ficha de cátedra.

————— (2000) "Humillación, vulnerabilidad, solidaridad". Ficha de Cátedra.

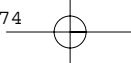
————— (2000) "Introducción a la Deontología"- Ficha de Cátedra.

————— (2000) "Vulnerabilidad y desvalimiento". Ficha de Cátedra.

INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) (1980, 1983, 1986, 1994) *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Colección Rehabilitación. Madrid.

Morin, E. (1990) *Introducción al pensamiento complejo*. Ed. Gedisa. Madrid.

Pantano, L. (1987) *La Discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*. Eudeba. Buenos Aires.



Helga Ticac

Ticac, Helga (2004) "La Inserción universitaria de los estudiantes con discapacidad". Tesis de Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires.

