UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

Modalidad Monografía

Discapacidad: Aportes Disciplinares y Socio Históricos

Estudiante: Myriam Pereira de Souza Caracciolo

C.I: 2.872.145-6

Tutora: Profesora Adjunta Virginia Masse

Revisora: Profesora Adjunta Beatriz Falero

Febrero- 2018

Índice

Resumen 4

Introducción 5

Breve recorrido histórico en la construcción del "diferente" 7

La enfermedad mental y la locura. 11

El lugar de la medicina y la psiquiatría en el tratamiento de la enfermedad mental. El manicomio. 13

Rol protagónico de la medicina a través de la psiquiatría 15

Movimientos de oposición a las prácticas de encierro manicomiales 16

Cuestionamientos profundos en el ámbito académico 17

Declaración Universal de los derechos Humanos: 20

El ámbito educativo 20

La educación como agente multiplicador de los intentos de normalización. 20

Algunos referentes en el ámbito de la educación en el Uruguay 22

Surgimiento de la Educación Especial en Uruguay 23

Tabla 1: Comienzos de la Educación especial en Uruguay 23

De la Educación Especial a la Inclusión Educativa: 24

ANEP acata disposiciones de la CDPD 25

Creación de los Organismos Internacionales más relevantes: 27

La discapacidad según concepciones de Organismos Internacionales 28

OMS: Definición de discapacidad. 28

Informe del Banco Mundial y la OMS en 2011: 28

Aprobación de la CIF (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) 29

La CDPD: (*Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Diciembre 2006*) 30

La discapacidad a nivel Nacional 31

Creación de PRONADIS año 2007 32

Finalidad del programa 32

Protección integral de personas con discapacidad: Ley 18.651 34

Creación de la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad 35

Censo realizado en el 2011 36

Tabla 2: Personas con alguna discapacidad ……..……..36
Tabla 3: Niños con alguna discapacidad 37
Nuevas perspectivas en torno a la discapacidad…….39
Los presupuestos fundamentales del Modelo Social……..39
Movimientos de vida independiente……..……40
Qué se entiende por "Buenas Prácticas"…….41
Reflexión final……..44
Bibliografía……47

Resumen

El siguiente trabajo en modalidad de monografía, se enmarca en el Trabajo final de grado de la formación en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Se propone, la realización de un recorte de la historia en la construcción de las diferentes concepciones de "Discapacidad", entendiendo a ésta, desde el nuevo paradigma, que la define como, una Construcción Social. Definiremos el Modelo Social que sustenta el citado paradigma. Este tiene una historia que lo antecede, que lo ha colocado en este lugar actualmente, y que convoca a ser revisado regularmente, en clave de validar los derechos de las personas, a ser comprendidas en sus diferencias, particularidades y necesidades. Se tomarán aportes de organismos internacionales, y desarrollos de disciplinas como la medicina, la psiquiatría, la educación, intentando seguir algunos procesos en el trato hacia el "diferente", al que no puede ser regulado por la "norma". Pasando por lógicas de exclusión y marginación, hasta las propuestas actuales de inclusión y validación de derechos de las personas con discapacidad.

La discapacidad mental, tiene sus raíces en la concepción clásica de la locura, si tomamos los aportes de la psiquiatría, muchas veces vinculada a lógicas manicomiales. Se invita a revisar en este recorrido histórico, los atravesamientos que como profesionales de la salud mental, tenemos, y que se ponen en juego en el trabajo en diferentes ámbitos, en torno a la complejidad que la discapacidad plantea.

Palabras claves: Discapacidad, Construcción Social, Buenas Prácticas.

Introducción

La siguiente Monografía, se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología. La misma intenta comprender y visualizar algunos aspectos que se encuentran presentes en el amplio y complejo escenario de la discapacidad, y que de alguna manera determinan tanto las prácticas de los agentes de trabajo como la producción subjetiva de los propios sujetos y familias en cuestión.

Para ello realizaremos un recorte, que nos permita detenernos sobre algunos aspectos de lo que ha sido la construcción social de las concepciones de Discapacidad, desde la Medicina, la Psiquiatría, el Derecho, y la Educación.

Se tomarán para este trabajo, definiciones y concepciones de organismos internacionales, legislación a nivel nacional e internacional, propuestas de trabajo que diferentes organismos del estado plantean a nivel de programas y políticas públicas que aporten insumos para la mejor comprensión de la discapacidad.

Este breve recorrido, nos conducirá hasta lo que actualmente se denominan "*Buenas Prácticas*" en el trabajo con personas con discapacidad, especialmente la mental, entendiendo la discapacidad desde el Modelo Social.[1]

Cada uno de los actores involucrados, según Castoriadis (1997), constituye una institución. La institución, en su capacidad de fundar, es una creación que se origina en el terreno de lo social-histórico -del colectivo-anónimo-que sobrepasa, como eidos[2], toda producción de los individuos o de la subjetividad. Los individuos son institución, institución que va mutando con cada nueva sociedad.

---

[1] El modelo social en el ámbito de la discapacidad propone que las barreras, actitudes negativas y la exclusión por parte de la sociedad, son los factores últimos que definen quien tiene una discapacidad y quien no en cada sociedad concreta.

[2] ..concepto de especie suele comenzar por Platón. Una especie (en griego, "**eidos**") sería para él un tipo, una Idea, cuya existencia es inmutable y eterna ...concepto de "**eidos**", el de "**eidos**"-forma: desde este punto de vista, el "**eidos**" es el alma del organismo individual, es decir, un principio organizador. http://dia.austral.edu.ar

Cada uno de estos actores, a lo largo de la historia ha aportado y se ha apropiado de la discapacidad como concepto, como terreno de trabajo, como campo de intervención y de problemáticas, en relación al diferente, al que no puede ser categorizado dentro de la norma.

Se tomarán aportes de diferentes disciplinas, que han tenido marcada influencia en la construcción de la concepción de discapacidad[3] y las prácticas asociadas al trabajo con esta, hasta arribar al paradigma actual, donde el peso y el compromiso recaen sobre las limitaciones y/o restricciones que la sociedad coloca allí, en clave de accesibilidad a espacios públicos, académicos, recreativos, laborales y otros.

Pensando en el trabajo como psicólogos en instituciones, educativas laborales o de salud y en los avances y/o limitaciones que hemos tenido como sociedad, para generar buenas prácticas que propicien la comprensión, inclusión y acompañamiento de las personas con discapacidad.

Pensando desde lo institucional, escuchando a las familias, a los jóvenes y adultos que asisten al Centro en el que como docente, trabajo desde hace nueve años, en la interacción con Organismos Estatales a través de la realización de capacitaciones, talleres, jornadas y otros espacios de formación, es que surge la necesidad de buscar información que realmente promueva buenas prácticas en la atención y acompañamiento a familias y personas con discapacidad , derrumbando barreras, posibilitando la comunicación y comprensión de las diferencias .

Desde este lugar se intentarán tomar momentos históricos en que hemos ido construyendo conocimientos sobre discapacidad, que ayuden a visibilizar acciones sociales, económicas, disciplinares, institucionales y otras que se ponen en juego, en nuestra práctica profesional y en la vida cotidiana.

[3] A lo largo de los años, la discapacidad ha sido percibida de distintas maneras. En el Siglo XX, se encontraba vinculada a una cierta función, que se calificaba como dañada, en comparación al estado general de un sujeto. Podía tratarse de una discapacidad física, intelectual po de otro tipo, originada por un trastorno mental o por una enfermedad de características crónicas. https://definicion.de/discapacidad/

Breve recorrido histórico en la construcción del "diferente".

> *Hay un tiempo del otro que es conocido y reconocido por la mismidad como el único tiempo posible; un tiempo del otro que ha sido inventado, domesticado, usurpado, traducido y gobernado a partir de las metáforas temporales de la repetición, lo constante, lo inicial, lo circular. Así también como hay un tiempo del otro que (nos) es irreconocible, indefinible, innombrable, ingobernable. Un tiempo del otro que irrumpe en nuestro tiempo y se vuelve irreductiblemente inesperado.*
> (Skliar, 2013)

Qué hay detrás de nuestras creencias y convicciones que hacen que pongamos en marcha determinadas intervenciones e interpretaciones en relación a la discapacidad, y que este paradigma actual, que entiende a ésta como construcción social, nos invita a revisar.

Dicha perspectiva, nos ubica en un escenario complejo, respecto a la discapacidad, que facilita o habilita otros modos de vincularnos con las distintas dimensiones que la misma presenta.

Según Morín (1998), se entiende que hay complejidad dondequiera se produzcan un entrecruzamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones. Y ese entrecruzamiento es tal, que ni siquiera con la ayuda de una computadora, seríamos capaces de dar cuenta de todos los procesos en implicados.

¿Por qué entendemos actualmente la discapacidad como construcción social, qué es una construcción social, qué dimensiones del discurso, de las prácticas concretas conscientes o inconscientes atraviesan estas construcciones sociales, que luego se internalizan, naturalizan y pasan a formar parte de nuestros modos cotidianos de actuar?

El estudio de las repercusiones relativas a la dimensión social, hace necesario, en primer lugar, definir o focalizar lo "social".

> Nos referiremos de este modo, a las relaciones que mantiene un individuo a lo largo de su vida, las redes, los vínculos, las interrelaciones a través de las cuales, el sujeto se socializa, convive. En resumen, aquello que lo sitúa dentro de determinada sociedad, son los lazos del individuo con las instituciones y los grupos sociales. (Araújo, 2011, p. 79)

Algunas veces el hombre, en relación al mundo que lo rodea, ha diseñado estrategias para enfrentar con determinadas certezas la supervivencia y el dominio del entorno, dando cuenta de esto la multiplicidad de relatos que "las historias" nos han legado.

> El hombre siempre ha buscado mejorar, siempre ha querido llegar a los bordes, tocar los linderos, asomarse a los límites, contener la totalidad, poder todo lo que puede. Por otro lado, siempre ha asustado al hombre cada salto prodigioso de la ciencia, sobre todo cuando le hace plantearse y replantearse su lugar y su papel en el universo, y cuando el futuro aparece incierto y cada vez más complejo. (Córdova Soto, 2002 p 131)[4]

Ha tratado de comprender los fenómenos visibles e invisibles, tangibles, fantaseados, temidos, con las herramientas y los conocimientos del mundo con que ha contado en cada momento histórico en particular, proporcionados por la religión, la ciencia, los saberes del jefe tribal y otros.

Hubo tiempos en que se creía a las personas con discapacidad, malformaciones o características que se alejaban de los estereotipos de normalidad, como poseídas por demonios habitando sus cuerpos ya que no encajaban en la "norma", en lo estipulado para la época, sujetos arrojados a la deriva a los mares para deshacerse de su contaminación y nefasta influencia, según nos intentó transmitir por

[4] José Luis Córdova Soto, es Catedrático en la Universidad de La Salle.

ejemplo, El Bosco, en su obra entre los años 1490-1500, basándose en literatura de la época sobre la locura.[5]

> Un objeto nuevo acaba de aparecer en el paisaje imaginario del Renacimiento; en breve, ocupará un lugar privilegiado: es la Nef des Fous, la nave de los locos, extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos. (Foucault, 1998, p 10)

En el devenir del hombre, hubo tiempos y contextos que generaron argumentos suficientes para justificar por ejemplo la creación de los manicomios, como lugar de encierro del "diferente", del que cae fuera de la norma, luego vinieron tiempos más cercanos, que generaron argumentos para su eliminación, entendiendo que ninguna

5 Imagen, El Bosco «La nave de los locos» 1490-1500, Museo del Louvre, Paris.

https://izi.travel/es/b452-el-bosco-la-nave-de-los-locos-1490-1500-museo-del-louvre-paris/es

argumentación es pura o absoluta, y, que hay micro y macro visiones que contienen ambas posturas.

Tomaremos como punto de partida para este recorrido, el libro "El orden psiquiátrico", de Robert Castel(1980), para comprender la influencia de la medicina en el tratamiento de la enfermedad mental, siguiendo por la antipsiquiatría y la propuesta de Desmanicomialización de Franco Basaglia, cuyas ideas han sido retomadas en Uruguay[6] como elemento influyente en la Ley de Salud mental, Nº 19.529[7] , promulgada el 24 de agosto del 2017 y publicada el 19 de setiembre del mismo año, discutida largamente en el Parlamento.

[6] Hubo un primer intento de normativizar que ingresó a estudio del Parlamento en 2007 y fue encajonada dos años después. Hasta que el 14 de diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo envió el mensaje que, con modificaciones, terminó aprobándose.

[7] Ley 19.529 Artículo 1°. (Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º. (Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La enfermedad mental y la locura.

La discapacidad mental, tal como la concebimos hoy, ha sido construida a través de prácticas y discursos que por medio de los trabajos de algunos autores, trataremos de visibilizar y comprender.

"Desde el siglo XIX, nos hemos convertido en psiquiatrizables (…) La psiquiatrización no es algo que acontece a los más extraños, a los más excéntricos, puede sorprendernos a todos y en todas partes, en las relaciones familiares, pedagógicas, profesionales" (Castel, 1980, p. 9)

La construcción del concepto de" loco", entendido como el "diferente", va atravesando la historia de la Medicina y su rama especializada, la Psiquiatría, como también lo hizo al Derecho, a la Psicología, y a la Educación entre otros.

"Y he aquí que ahora se nos dice con una seriedad total: debéis saber que cada uno de vosotros tiene con la locura una relación profunda, oscura, constante, inevitable, que es preciso aclarar" (Castel, 1980, p. 10).

Este autor en el prólogo del libro, dice que hay un nuevo atributo que se le da al loco, que ya no tiene que ver con aquellos de vagabundos, mendigos, marginales, sino que se transforma en el de "enfermo".

De aquí en más el "enfermo", pasará a ser objeto de intervención de la Medicina, a través de la Psiquiatría, mejor y más desarrollada como disciplina, más adelante en el tiempo.

Entendiendo como lógica asociada a lo enfermo, la cura, devolución a un estado de "no enfermedad". Lo distinto hay que curarlo.

Estas intervenciones generaron una fuerte influencia en lo que son nuestras construcciones subjetivas en torno al diferente, al que nos muestra aquello que "no somos" y que a lo mejor genera terror de "llegar a ser".

En este contexto moderno se instala la expectativa de normalizar todo aquello que se desvía de lo racional comprensible.

La herramienta normalizadora por excelencia es la ciencia, esto explicaría que la medicina, como disciplina científica, junto al avance de la tecnología, con sus desarrollos y sus modos de intervención, lograra erigirse como la gran legitimada en materia de salud mental.

> Por "normalización", se entiende un sistema finamente graduado y con intervalos medibles en los cuales los individuos pueden ser distribuidos alrededor de una norma que a la vez organiza y es el resultado de su controlada distribución. Un sistema de organización está opuesto a un sistema de ley o a un sistema de personal poder. No hay un punto dependiente fijo desde el cual se hagan juicios, para imponer una voluntad. Normatividad (…) es un esencial componente del régimen de Bio-poder, para un "poder cuyas tareas están para hacerse cargo de las necesidades regulativas y de los mecanismos correctivos de la vida... semejante poder tiene que calificar, medir, evaluar, y, jerarquizar, más bien que exhibir así mismo su asesino esplendor. [8]
> (Foucault, 2011, p 1)

No deberíamos soslayar la importancia del Estado, como agente regulador, organizador y clasificador, entre otras competencias.

A través del tiempo el Estado ha ido evolucionando constantemente, desde su concepto, hasta su forma de organización, evolución y su historia misma, el saber de la evolución, o mejor dicho del nacimiento del Estado, desde la polis griega, el imperio romano hasta el Estado Moderno. El Estado surge como respuesta a

[8] http://michelfoucault1.blogspot.com.uy/2009/10/normalizacion-para-foucault.html

necesidades de organización y es un término reservado para un tipo particular de organización política que surge en la Edad Media.[9]

En Francia, para el año 1934 el número de personas con enfermedades mentales (locos), eran unos diez mil, siendo un problema menor que los indigentes y vagabundos, pero no es hasta la creación de la **Ley del 30 de junio sobre los alienados, d**el año **1938**, que se considera una gran primera medida legislativa, que reconoce los derechos a la asistencia y cuidados.

"Es esta Ley, la primera que aporta un Dispositivo completo de auxilio con la creación de un espacio denominado "Manicomio", y la creación del primer cuerpo de médicos con un saber especial" (Castel, 1980, p 27).

Si bien, Castel está hablando de la locura, en definitiva está hablando sobre el distinto, el que no se ajusta a la norma, cuestión que nos atraviesa también, en la actualidad.

El lugar de la medicina y la psiquiatría en el tratamiento de la enfermedad mental. El manicomio.

> El dispositivo de control de la locura, (los manicomios), en el siglo XVIII, no se plantea cambios en las prácticas que se venían llevando a cabo, sino su legitimación. En este cruce de prácticas actuales, antiguas, es que se emprenderá un nuevo camino que las legitime, instalándose así, de a poco, el proceso de la medicalización de la locura. (Castel, 1980, pp. 38-39)

"La cuestión de la locura adquirió gran relevancia fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, ya que se inserta en medio de un nuevo ordenamiento jurídico en vías de instauración" (Castel, 1980, p. 41)

[9] : http://www.monografias.com/trabajos6/hises/hises.shtml#conce#ixzz57TipjT8S

Se pensó que la locura era un problema social menor, comparado con otros más complejos que se presentaban entonces, sin embargo, los alienados, se han visto beneficiados con la primera gestión sistematizada reconocida como un derecho y sancionada por una ley, "legislación social", vinculada al nacimiento de la burguesía[10]. Una nueva sociedad regida según Rousseau, por "El contrato"[11] y aquí la locura con su nuevo agente de control, la *medicalización*, inventa un nuevo estatuto de tutela esencial.

J.J. Rousseau, nació en la ciudad de Ginebra el 28 de junio de 1712, en el seno de una familia de clase alta, artesanos, pero, al fallecimiento de su madre, la situación de privilegio cambia y se produce un descenso hacia la clase baja. Sus intereses e inquietudes personales lo llevaron a preocuparse por la problemática del hombre, la sociedad, el Estado, gobierno, leyes, religión entre otras. Estas inquietudes estaban asentadas en la base del auge del conocimiento científico y el predominio de la razón.

> El médico es la ley viviente en el manicomio y el manicomio es el mundo construido a imagen de la racionalidad que encarna. El espacio hospitalario multiplica sus poderes y a la inversa, el orden inscrito en las cosas, toma vida como un orden moral, sostenida por la voluntad del médico (Castel, 1980, p 99)[12]

El manicomio fue el bastión conquistado y que cobra mayor relevancia con la llegada de Pinel[13]. Durante las primeras décadas del siglo XIX; se tejen complejos y

---

[10] La burguesía despojó de su halo de santidad todo lo que antes se tenía por venerable y digno de piadoso acontecimiento. Convirtió en sus servidores asalariados al médico, al jurista, al poeta, al sacerdote, al hombre de ciencia. La burguesía desgarró los velos emotivos y sentimentales que envolvían a la familia y puso al desnudo la realidad económica de las relaciones familiares.

Rescatado de: http://carpetashistoria.fahce.unlp.edu.ar

[11] La Institución Del Gobierno No Es Un Contrato."Hay sólo un contrato en el Estado y es el de la asociación; y éste excluye todos los demás."
El Estado no existe si no por un contrato estipulado, entre El Estado, Ley y Ciudadanía, además de los cuerpos de administración de dar leyes y de ejecutarlas.
Rescatado de: http://www.monografias.com/trabajos13/elcontr/elcontr.shtml#ixzz56vBazFXG

[12] Es una violencia de derecho, es la violencia de la razón…hay que doblegarle, someterle con una relación terapéutica que toma la apariencia de un duelo entre el bien y el mal. (Castel, 1980, pág. 99)

[13] Philippe Pinel era un médico francés que nació en 1745 y murió en 1826. Tuvo un rol destacado en el tratamiento de la enfermedad mental, abogando por la rehabilitación de los enfermos y conducirlos a la "normalidad".

confusos vínculos entre lo que eran prácticas hospitalarias y extra hospitalarias, que promovía un saber, nuevo, pero que en el fondo respondía y defendía intereses corporativistas de un grupo profesional.

Consideramos importante ir tomando estos aportes de la historia, para visualizar las dificultades que tenemos los seres humanos en relacionarnos con lo distinto, y como, se despliegan estrategias desde diferentes campos disciplinares, para generar mecanismos de normalización.

> En esos tiempos, se denominaban a estos profesionales, "médicos especiales", ejerciendo una también llamada medicina especial, según ellos la denominaban. Se entiende que esto estaría siendo la primera medicina social cuyo campo de intervención sería la medicina mental, y su primera figura es el médico, garante de respetabilidad (Castel, 1980, p. 109)

"La locura formará parte en lo sucesivo de nuestra relación con los otros y con nosotros mismos, del mismo modo que el orden psiquiátrico atraviesa nuestras condiciones cotidianas de existencia" (Foucault, 2000, p. 10)

"Las personas con trastornos mentales han sido percibidas por la sociedad como un problema, que motivó, primero la exclusión o la estigmatización, y finalmente, la exclusión de los enfermos mentales". (De León, 2013, p.67)[14]

Rol protagónico de la medicina a través de la psiquiatría

Parece visualizarse claramente el rol protagónico que la medicina asumió a través de su especialización, la psiquiatría desde el siglo XIX en adelante, ejerciendo el control y manejo de las personas con enfermedades mentales.

> La medicina tuvo que promover algunas acciones para que su intervención en el área de la salud mental fuese legitimada. Es una rama de la higiene pública y, por

[14] En la página 67 del libro "Abrazos", Nelson de León y Judit Kakuk citan a Bespalí y De Pena (2000), autores de este párrafo.

> consiguiente, habrán de darse cuenta de que la psiquiatría para poder existir, como institución de saber, es decir, como saber médico fundado y justificable, tuvo que efectuar dos codificaciones simultáneas. En efecto por una parte debió codificar la locura como enfermedad: tuvo que patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones de la locura; fue preciso llevar a cabo análisis (sintomatología, nosografía, pronósticos, observaciones, historiales clínicos(…), que aproximaran lo más posible esa higiene pública, e incluso la precaución social que estaba encargada de asegurar, al saber médico, y en consecuencia , permitieran el funcionamiento de este sistema de protección en nombre de ese saber . (Foucault, 2000, p. 115)

Movimientos de oposición a las prácticas de encierro manicomiales

Algunas voces comienzan a hacerse oír en Europa por los años 1970, particularmente en Italia, que se cuestionan el trato dado hasta el momento, por parte de la psiquiatría, a la enfermedad mental.

Una de estas voces es la del médico psiquiatra Franco Basaglia, nacido en Venecia el 11 de marzo de 1924, que lo coloca como referente de este movimiento, quién comenzará esta lucha por la reforma psiquiátrica en su país.

Se hizo conocido por denunciar públicamente las deplorables prácticas manicomiales. Es uno de los psiquiatras más influyentes del siglo XX en Italia, tras haber liderado un movimiento intelectual y político en salud mental y propugnar la paulatina clausura de hospitales psiquiátricos italianos desde el año 1978[15].

> La psiquiatría debe quemar las naves, si no quiere continuar escondiendo la violencia con respuestas manipuladoras, debe destruir el manicomio pedazo por pedazo, de no ser así continuará a contaminar los servicios territoriales y el reflejo del manicomio seguirá construyendo la imagen de la locura (Basaglia, 2000, p. 13)

[15] Apenas dos años antes (1976) la OMS aprobaba a modo de ensayo la CIDDM

Por un lado, entendía al manicomio como un hábitat forzado y un lugar de perpetua institucionalización, lo comparaba con la cruda realidad de las cárceles y los campos de concentración.

Por otra parte, Basaglia era un gran lector y admirador de Sartre, y, lo que éste postulaba en cuanto a que el hombre estaba condenado a ser libre, y esta libertad estaría, a su entender, truncada por las prácticas de encierro de la psiquiatría.

Este sería el comienzo, pero algunos movimientos van un poco más allá de promover la Desmanicomialización, ponen en tela de juicio las propias categorías que la psiquiatría usa para definir o diagnosticar las enfermedades mentales.

Cuestionamientos profundos en el ámbito académico

A partir del proceso histórico, de volver la mirada hacia el Sujeto, hacia lo particular, intentando una alternativa a las clasificaciones generales, surgen movimientos en pos de un cambio profundo en el abordaje de las enfermedades mentales, es acompañado por psiquiatras que se oponen a las lógicas aplicadas en el diagnóstico y tratamiento de las mismas. El siguiente documento da cuenta de ello.

Algunos psiquiatras se suman a la intención de abolir el DSM y el CIE y apoyan el *modelo de rehabilitación en salud mental.*

Entendiendo que las etiquetas son reduccionismos inaceptables, especialmente cuando se usan administrativamente.

S. Timimi (2002), es uno de los psiquiatras que acompaña esta visión, enviando una petición formal al Colegio de Psiquiatras de Reino Unido en la que solicitan la abolición de los sistemas de clasificación Diagnóstica CIE y DSM. La petición se ha acompañado de una campaña de recogida de firmas en la plataforma

Change.org[16], que, en el momento de redactar este artículo, contaba con el apoyo de más de 1.000 firmantes en tan 48 horas.

Timimi (2002) ha afirmado que: "El proyecto del DSM[17] no se puede justificar, ni en sus principios teóricos ni en la práctica. Tiene que ser abandonado para que podamos encontrar formas más humanas y eficaces de responder a la angustia… cuestionan las etiquetas diagnósticas" (No more psychiatric labels), realizan una revisión exhaustiva de los motivos y de la evidencia científica en la que sustentan esta posición, estableciendo las siguientes conclusiones: [18]

Una de las críticas, es que tales diagnósticos no ayudan en la decisión de los tratamientos a seguir y aumenta la estigmatización empeorando los problemas vinculados a la salud mental. Otro aspecto que destacan es la imposición de diagnósticos generados para y dentro de la cultura occidental a otras culturas.[19]

Cómo se relacionan aquellas y estas prácticas vinculadas a la locura con una nueva concepción y modo de entender las diferencias, que pasan por este nuevo paradigma que entiende la discapacidad como una construcción social, no solo desde las prácticas históricas en relación al "diferente", sino desde la vinculación y responsabilidad de los Gobiernos/Estados en el diseño y desarrollo de políticas públicas que acompañen y promuevan cambios.

El Derecho ha sido el campo disciplinar que ha estado sustentando, avalando o participando de alguna manera, en los aspectos legales que hacen a la propuesta de

[16] Change.org es una plataforma virtual de peticiones a nivel mundial

[17] Diccionario de Salud Mental, de psiquiatría que ya lleva su 5tª edición.

[18] **Sami Timimi** es Asesor de Psiquiatría Infantil y Adolescente y profesor visitante de Psiquiatría Infantil y Adolescente en Lincolnshire, Reino Unido. Sostiene una perspectiva crítica de la psiquiatría de modelo biomédico, siendo líder de la campaña para la **abolición de los sistemas diagnósticos** tipo DSM y CIE.

[19] http://www.psicologos.org.uy/aportes/201307_Psiquiatras%20se%20suman%20a%20la%20abolicion%20del%20DSM%20y%20el%20CIE%20y%20apoyan%20el%20modelo%20de%20rehabilitacion%20en%20salud%20mental-CarlosLesino.pdf

intervención de la Medicina, entre otras disciplinas, en temas de salud mental. A nivel internacional, existe legislación en derechos humanos, que básicamente apunta a la integración, inclusión y la no discriminación de personas con discapacidad. Poniendo énfasis en la igualdad de derechos en torno a la educación, la salud, lo jurídico, en clave de accesibilidad para todos.

Declaración Universal de los derechos Humanos:

> La Asamblea General de Naciones Unidas, Proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humano, en resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948, como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, *promuevan, mediante la enseñanza y la educación,* el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción. (ONU, 2014, p. 4)

Esta "universalidad" de los derechos humanos, ha ido pautando, con algunos altibajos, cambios en las prácticas sociales, en los compromisos políticos y estatales, en los postulados éticos a nivel científico y en ámbitos, como la salud, el trabajo, la educación, entre otros, si bien ha sido un recorrido complejo, se ha avanzado.

El ámbito educativo

La educación como agente multiplicador de los intentos de normalización.

La hegemonía de lo científico-normalizador, va ganando terreno en aquellos espacios donde se socializa, se educa, se forma al sujeto. Aparece la necesidad de separar, diagnosticar y clasificar a los que aprenden de los que no aprenden, generando de a poco la idea de una educación "especial" para algunos, y una educación "normal", para otros.

Un referente de estos movimientos inclinados a clasificar y separar, es el pedagogo y psicólogo francés, Alfred Binet, nacido en Niza en el año 1857 y fallecido en 1911. Fue impulsor de la psicología experimental, teniendo gran incidencia en la

educación. Su obra estuvo impregnada de los trabajos de François Galton[20], y Jean Charcot.[21]

La ciencia estaba muy influenciada por entonces del darwinismo[22], que postulaba la selección natural de las especies, entre otros, y, eso habría impulsado a diseñar estrategias de selección, para un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y económicos en la educación.

En el año 1905, a pedido del gobierno francés, Binet presenta junto a Theodore Simon, una serie de test conocidos como, las escalas de Binet y Simon. Estas pretendían dar respuesta a las inquietudes del gobierno, de identificar a aquellos niños que no podían seguir el ritmo regular de la escuela[23].

Esto parece el comienzo del diseño de estrategias de selección, creando dispositivos para atender al "diferente", en materia de educación, tal como lo vimos antes en relación a la medicina, creando dispositivos con el mismo objetivo.

A nivel nacional, podemos pensar como un hito histórico la reforma educativa de José Pedro Varela, inspirada en modelos educativos europeos y norteamericanos. Los postulados básicos eran la laicidad, gratuidad y obligatoriedad de la educación. En una sociedad impregnada de valores vinculados al catolicismo, no se logra plenamente la laicidad, pero ya no existe la obligatoriedad de enseñar la religión.

En el año 1877, un decreto de ley, oficializa las ideas varelianas, en el gobierno militarista de Lorenzo Latorre[24], donde se instrumentaron cambios en la formación de

[20] Fue considerado el padre de la eugenesia, nació en 1822 y murió en 1911. Médico estadista, primo de Charles Darwin, tenía la idea de mejorar la raza.

[21] Jean Charcot, nacido en París en 1825, neurólogo y anatomopatólogo, realizó grandes aportes a la neurología y a la electrofisiología

[22] https://www.psicoactiva.com

[23] https://www.biografiasyvidas.com

[24] Algunas investigaciones actuales, como por ejemplo la realizada por el periodista y escritor Carlos Pacheco, en su libro "Pensadores Uruguayos", muestran que la verdadera intención de Varela, habría sido afianzar los valores democráticos, y que su

maestras/os, y que, consigue en tres años llevar la matrícula estudiantil de unos 8.000 alumnos a 25.000 alumnos.

Pasa la educación a manos del Estado, generando así, una fuerte identidad nacional, ya que "todos" los uruguayos eran educados de la misma manera y con los mismos valores republicanos y democráticos.

Algunos referentes en el ámbito de la educación en Uruguay

Sebastián Morey Otero nació en Montevideo el 16 de febrero del año 1894 y falleció el 7 de enero de 1939. Se lo considera fundador del laboratorio de psicopedagogía de los Institutos Normales de Montevideo.

De 1930 a 1935, fue director del Instituto Normal Joaquín R. Sánchez. Fue maestro de segundo grado en el Instituto Normal de Varones y Catedrático de Moral y Derecho. Dicto clases de filosofía, sociología y pedagogía, en el Instituto Normal de Señoritas.

También es de destacar la importancia del laboratorio de Sebastián Morey Otero, como precursor de la educación especial.

María Stagnero de Munar, nació en 1856 y falleció en 1922. Fundadora del Instituto Normal de Señoritas, educacionista, maestra, pedagoga.

En el año 1876, recibe del propio José Pedro Varela, una mención honorífica, distinguida como maestra en la lucha, por la educación del pueblo.[25]

A la muerte de J.P Varela, se le asignan los cursos que él dictaba, siendo la primera mujer en dictar esos cursos. Fue una gran defensora y promotora de los ideales varelianos.

---

reforma fuera presentada y aceptada en una "Dictadura", le habría generado contradicciones y algunas diferencias marcadas con los gobernantes de la época.
https://www.megustaleer.com.uy/libro/pensadores-uruguayos/UY38668

[25] 1876, año emblemático por la proximidad de la implementación de la reforma vareliana.

Pero qué se hace con aquellos que no pueden seguir el ritmo normal de la educación escolar, ya que no podrán responder en su totalidad a los ideales de normalización y generalización de la transmisión de valores que propuso la reforma educativa, o sea, una vez más, qué hacer con "el diferente".

Surgimiento de la Educación Especial en Uruguay

El nacimiento de la Educación especial en Uruguay, a comienzos del Siglo XX, se relaciona con un momento histórico, en el que se intentará profundizar en una moral laica, ocupados en formar "ciudadanos", y en ampliar el sistema educativo, y, reconociendo los derechos de los grupos minoritarios a la educación.

Tabla 1: Comienzos de la Educación especial en Uruguay

Año 1910	Año 1913	Año 1917	Año 1929	Año 1930
Creación del Instituto Nacional de sordo-mudos	Creación de la Escuela al aire libre para niños y niñas débiles	Se establecen clases diferenciales para niños y niñas con retardo mental	Creación de la primera Escuela Auxiliar, que luego fuera Escuela de recuperación psíquica	Creación de la escuela Hogar para niños con conducta irregular

El impulso de la Educación especial se le adjudica a Emilio Verdesio, docente uruguayo que se ocupó de colocar en el terreno educativo, la idea de la necesidad de crear espacios diferenciados para niños débiles que necesitaban proximidad con la playa y clases para niños "bien dotados". Fue fundador de la Escuela Nº 204, ubicada en Luis Alberto de Herrera 3749.

Es una escuela que tiene la particularidad de atender a varones (los llamaban irregulares de conducta) con severas dificultades de adaptación escolar y social, en régimen de semi-internado de 8 a 17 horas.

En 1985, como resultado de una reestructura en Educación Especial, se crea la figura del Maestro Itinerante, fortaleciendo el rol del Maestro de apoyo en la Escuela

Común, con el fin de favorecer la integración escolar de niñas/os con problemas de aprendizaje y discapacidad. Por estos años, los conceptos de integración e inclusión, orientan la discusión pedagógica, y también visibilizan las concepciones de discapacidad, más o menos conscientes.

En 1989, se realiza un convenio con UDELAR, se inaugura el Centro Nº 231, primer espacio educativo para alumnos con estructuras psicóticas de personalidad, incluyendo alumnos con TEA (Trastorno del espectro Autista, denominación actual).[26]

Esta experiencia marcó el ingreso de la Universidad, en un convenio con Primaria, para intervenir interdisciplinariamente, sobre la problemática de los niños con discapacidad o dificultades en el aprendizaje.

De la Educación Especial a la Inclusión Educativa:

Ley General de Educación Nº18.437, del 2008. Esta ley contempla abarcar a todos los chicos en la educación formal. El marco normativo e institucional en materia de discapacidad propuso una serie de cambios y medidas para lograr la igualdad de oportunidades en los siguientes ámbitos: Accesibilidad a la cultura, la información y la comunicación, al entorno físico y al transporte, a la educación e inclusión escolar, a la capacitación e inserción laboral y al reconocimiento de la lengua de señas.

La educación inclusiva es un proceso de transformación de las escuelas y otros centros de aprendizaje para atender a todos los niños con discapacidad o dificultades de aprendizaje.

---

[26] : ***"La obligación del Estado frente al niño, cualquiera sea su variación individual es siempre la misma; educarlo de acuerdo a su naturaleza y valorar al máximo su personalidad. Y para dar satisfacción a estos propósitos, hay que recurrir a la educación especializada, modificar la organización de la común y establecer una mayor conexión entre una y otra."***

(VERDESIO, Emilio. Palabras de apertura del primer Congreso americano de Enseñanza Especial. 13 de febrero de 1941)

http://cep.edu.uy/inspecciones/especial/68-escuela-n-204-escuela-hogar-emilio-verdesio#

El proceso educativo se lleva a cabo en muchos contextos, tanto formales como no formales, en las familias y en la comunidad en su conjunto. Por estas razones, la educación inclusiva no la deberíamos entender como una cuestión marginal, sino que es crucial para lograr una educación de calidad para todos los educandos y para el desarrollo de sociedades más inclusivas.[27]

Cuando hablamos de inclusión, deberíamos tener presente que se trata de un proceso, de una búsqueda de mejores y más eficaces respuestas a la diversidad del alumnado.

Datos arrojados por **UNESCO**[28]; año 2000, plantean que los niños y niñas con algún tipo de discapacidad tienden a excluirse del sistema educativo formal, disminuyendo así su escolaridad. El Banco Mundial estima que en América Latina y el Caribe, entre 20 y 30 % de los niños con discapacidad asisten a la escuela (Banco Mundial, 2006).

ANEP[29] **acata disposiciones de la CDPD**

De acuerdo al reglamento, las construcciones desarrolladas por ANEP; respetan las normativas de accesibilidad desde el 2002. De acuerdo a la normativa vigente, todas las escuelas deben ofrecer espacios accesibles y adecuados en plantas bajas (esto incluye al menos un aula y los espacios colectivos: comedor, administración, servicios, patio y cancha deportiva). Esto debe contemplar todos los grados educativos desde el inicial, escuelas comunes (todas, menos de tiempo completo), escuelas rurales, de tiempo extendido, especiales (para todo tipo de discapacidad) y liceos de ciclo básico y bachillerato.

[27] "la educación inclusiva: el camino hacia el futuro" http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/CONFINTED_48-3_Spanish.pdf

[28] Organismo especializado en educación y cultura de la ONU; creado en 1945 en Londres, con cede propia permanente en París desde el año 1958

[29] Administración Nacional de la Educación Pública

La ley General de Educación 18.437, del 2008: Resguarda el derecho a la educación en la diversidad y a la inclusión educativa de los niños y adolescentes con discapacidad.

En la enseñanza tradicional, según plantea Fernández (1992), conocida como, enciclopedista, el error es sancionado; es considerado vergonzoso, un desvío del aprendizaje. Pero tomando la teoría de la inteligencia, de Piaget[30] y sus seguidores, se entiende que el error tiene un valor constructivo, y gracias al valor del error es posible que surja el aprendizaje.

De lo que se trata es de aprender de la diferencia y poder enriquecer las prácticas educativas a través de este desafío que la misma plantea.

Es desde esta mirada positiva de las diferencias, que se transforma en un estímulo y no limitación, tal como los transmiten Echeita y Ainscow (2011), promoviendo estrategias de aprendizaje. Esto es un proceso que lleva tiempo, no se logran cambios, sin que en el transcurso del proceso se generen contradicciones, superposiciones de creencias y convicciones, que deberían promover acciones que se puedan sostener en el tiempo[31]

Existen Organismos Internacionales que han delimitado campos de acción a nivel mundial en diferentes temáticas, salud, educación, cultura entre otros.

Las directivas de estos organismos, han marcado el rumbo para avanzar en materia de discapacidad en aquellos estados que han adherido a sus propuestas, por ejemplo en materia de discapacidad.

[30] Jean Piaget, entendía la inteligencia, como la constante interacción entre, lo heredado y lo ambiental.
El resultado de esta interacción, proporciona al sujeto herramientas, para resolver los problemas de la vida cotidiana.

[31] Gerardo Echeita, es Doctor en Psicología, Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad Complutense de Madrid.
Mel Ainscow es Profesor de Educación en la Universidad de Manchester.

Creación de los Organismos Internacionales más relevantes:

Banco Mundial: 1944

Se encarga de la asistencia financiera y técnica de los países en desarrollo de todo el mundo. Es una organización única que persigue reducir la pobreza y apoyar el desarrollo.

ONU: 24 de octubre de 1945

Es creada en San Francisco California, en los Estados Unidos, a un mes de finalizada la Guerra. Su finalidad era la de mantener la Paz y Seguridad de los estados miembros.

UNESCO: 1945

Organismo especializado de la ONU, creado en Londres en 1945, con el objetivo de establecer una organización cultural y educativa, desde 1958 tiene sede en París.

UNICEF: 1946

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas. Fue creado en 1946 para asistir a los niños europeos de la II Guerra Mundial

OMS: 1948

Organismo de la ONU, especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial.

Todos estos organismos, están de alguna manera promoviendo y sustentando los cambios que se han venido dando a nivel mundial en relación a la discapacidad.

La discapacidad según concepciones de Organismos Internacionales
OMS: Definición de discapacidad.

En su Constitución, define la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad. Toma como principio para definir la discapacidad, que la misma es un rango que todos los sujetos poseemos y no es un identificador de algún grupo social determinado, es decir, todos tenemos algún grado o nivel de discapacidad y disfuncionalidad en nuestro ser y hacer cotidiano.

Informe del Banco Mundial y la OMS en 2011:

Casi todas las personas tendrán una discapacidad temporal o permanente en algún momento de sus vidas, y los que sobrevivan y lleguen a la vejez experimentarán cada vez más dificultades de funcionamiento.

Muchos grupos familiares tienen algún integrante discapacitado[32] y muchas personas que no lo son asumen la responsabilidad de apoyar y cuidar a parientes y amigos con discapacidad.[33]

Para elaborar políticas en materia de salud a nivel mundial, es necesario tener claro qué se entiende por salud, que se entiende por enfermedad, que es y que no es una discapacidad y cómo la definimos. Para esto se aprueba la CIF en el año 2001, que define conceptualmente y clasifica a las deficiencias, discapacidades y minusvalías.

[32] Estimo que la diferencia entre enfermedad mental, discapacidad mental, intelectual o cognitiva, está más claro a nivel académico, legal, y político, pero no así en la sociedad en su conjunto.
[33] http://maltratoinfantilydiscapacidad.es/wpcontent/uploads/2015/06/Definiciones.pdf

Aprobación de la CIF (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías)

Se intentará aquí hacer un breve resumen histórico de lo que ha sido la evolución y construcción del concepto de discapacidad en las últimas décadas.

En 1976, la OMS aprueba, a modo de ensayo, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

En 1983, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) de España, publica la versión en castellano de la CIDDM, que es aprobado por la OMS como versión oficial.

En 1987, se establece la red de centros colaboradores de la OMS en materia de aplicación y desarrollo de los conceptos manejados por la CIDDM, con la salvedad que ninguno de estos centros fue ubicado en países de habla hispana, se crea también un comité de expertos para su aplicación.[34]

En 1993, en una reunión llevada a cabo en Washington, se organiza el proceso de revisión y se distribuyen tareas y responsabilidades entre centros colaboradores.

En 1998, se forma un grupo de Habla y Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD) como interlocutor de la OMS para realizar la versión en español.

Año 2000 se crean dos borradores pre-finales, uno en octubre y el otro en diciembre, de la CIDDM-2, que se llamó *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*, traducidos al español.

En enero de 2001, el comité ejecutivo de la OMS aprueba el borrador final de la CIDDM-2, hasta llegar a la más conocida por nosotros que es la CIF 2001 .El 22 de mayo se aprueba la versión definitiva con el nombre de Clasificación Internacional del

[34] Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, con las siglas CIF. Esto fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud del año 2001.

CIF 2001: plantea un modelo interactivo: en las funciones y en las estructuras corporales, que es donde se presenta la deficiencia, aquello que es de origen orgánico y que está, pero muestra que en las actividades, es donde aparecen las limitaciones, provocando posiblemente restricciones en la participación plena de la persona. En este interjuego de ***función, limitación y restricción***, influyen factores de tipo ambientales y también personales.

La deficiencia mental[35]l ha sido parte de la humanidad desde siempre, pero su comprensión, diagnóstico y clasificación tuvieron un lento desarrollo, como consecuencia de la dificultad en comprender su multicausalidad.

Una vez que existe acuerdo para definir determinados aspectos vinculados a la discapacidad, surge el desafío, de hacer cumplir en toda su magnitud, los derechos que las personas tienen.

La CDPD: (*Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Diciembre 2006*)

Las define como aquéllas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a lo largo de un tiempo, y que en la interacción con diferentes barreras culturales, de accesibilidad de todo tipo puedan impedir o condicionar su participación plenamente y efectivamente en la sociedad, limitando o cercenando la igualdad de condiciones de los sujetos.

Reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al

[35] Entendiendo "deficiencia", como concepto genérico que refiere al "diferente", antes de las categorizaciones actuales de discapacidad mental, intelectual o psíquica.

entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.[36]

La Convención en su Artículo 5, nos habla de igualdad y no discriminación. Propone que los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.[37]

Se va construyendo así una nueva concepción de la discapacidad, según Schalock, (1999), en la que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre esta y el ambiente en el que vive. Se comienza a definir un paradigma basado en apoyos, que permite acentuar la importancia de la prestación de servicios a las personas con discapacidades, a lo largo de su vida, que contemple el empleo, y la educación integrada.

"En los últimos años existe una mayor conciencia social y jurídica, y la barrera social para la igualdad de oportunidades y condiciones de las personas con capacidades y potencialidades diferentes ha pasado a entenderse como *discapacidad social".* (De León, 2013, pág. 68)

La discapacidad a nivel Nacional

Desde este enfoque, se puede entender la importancia que tienen las acciones sociales para integrar en todas sus dimensiones a la diversidad. Acciones, en el caso

[37] http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

de Uruguay, favorecidas por un contexto de gobiernos de izquierda, acompañando procesos a nivel mundial, que ponen énfasis en cumplir con las disposiciones de organismos internacionales, a las cual nuestro país, adhiere en su mayoría, vinculadas a Derechos Humanos.

A partir de estas adhesiones, entre las que se destaca la CDPD[38] , los Estados se han visto obligados a trabajar fuertemente en la promulgación de leyes que respalden estos compromisos y garanticen su cumplimiento.

A su vez, ha sido necesario, colocar en el escenario político, la implementación de programas a nivel nacional, que permitan planificar y desarrollar estrategias de intervención, que aseguren poder cumplir con las disposiciones de los organismos internacionales.

Creación de PRONADIS año 2007

El Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS), se creó de acuerdo a lo previsto por el artículo 256 de la Ley Nº 18.172 del 7 de setiembre de 2007, del mismo dependen el Centro de Rehabilitación para personas ciegas y con baja visión Tiburcio Cachón, y el Instituto Nacional de Ciegos General Artigas.

Finalidad del programa

Desarrollar un conjunto de acciones que estén de acuerdo a las pautas establecidas desde el MIDES[39], que se tomen las recomendaciones señaladas en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades y otros documentos nacionales e internacionales que el país ha aprobado.

[38] Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

[39] Ley Nº 17.866 creación del Ministerio de Desarrollo Social
http://www.mides.gub.uy/1921/creacion-y-fines

Se propone mejorar las condiciones de vida de este colectivo social. Distribuir información actualizada acerca de los programas y servicios disponibles para las personas con discapacidad, sus familias, los profesionales que trabajan en esta esfera y el público en general.

Difundir el mensaje de que dichas personas son ciudadanos con los mismos derechos y las mismas obligaciones que los demás y justificar así las medidas encaminadas a eliminar los obstáculos que se opongan a su plena participación.

Velar porque los programas de educación pública reflejen en todos sus aspectos el principio de la plena participación e igualdad. Invitar a las personas con discapacidad, a sus familias, así como a las organizaciones interesadas, a participar en programas de educación pública relativos a las cuestiones relacionadas con la discapacidad.

"Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet" (Pronadis Mides, 2013, p 2)

> Históricamente la discapacidad se ha visto como un problema aparte, separado del resto de los temas sociales. Se ignoraba, así, que las personas con discapacidad están en los mismos lugares que las personas sin discapacidad y muchas veces forman parte de las mismas instituciones. En buena medida, el hecho de que PRONADIS funcione bajo la órbita del MIDES, responde a un cambio conceptual en ese sentido, en esencia, la discapacidad es, más allá de su vinculación con la salud, un tema social (Bagnato, 2012 p 24)[40]

El modelo social, según lo entiende Verdugo (1997), plantea la concepción de la discapacidad como una 'construcción social, que ha

[40] Artículo que se encuentra en la pág. 24, extraído del libro "La situación de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en el Uruguay".

sido impuesta, con una visión sobre la discapacidad, como clase oprimida, criticando con firmeza, el desempeño de los profesionales y la defensa de una alternativa que tiene que ver con lo político, más que con lo científico.

Protección integral de personas con discapacidad: Ley Nº 18.651 año 2010:

Esta ley promulgada el 19 de febrero de 2010, y publicada el 9 de marzo del mismo año, establece un sistema de protección integral a las personas con discapacidad.

Tiende a asegurar la atención médica, la educación. Rehabilitación física y psíquica, social, económica y profesional y cobertura en materia de seguridad social.

Tomando los aspectos jurídicos, legales que se vierten aquí, conviene recordar que la Ley 18.651, en su artículo 2dº dice: Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

En su artículo 4tº dice que: La rehabilitación integral es el proceso total, caracterizado por la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, psicológicas, educativas y laborales, para adaptar o readaptar al individuo, que tiene por objeto lograr el más alto nivel posible de capacidad y de inclusión social de las personas con discapacidad, así como también las acciones que tiendan a eliminar las desventajas del medio en que se desenvuelven para el desarrollo de dicha capacidad.

Se entiende por rehabilitación profesional la parte del proceso de rehabilitación integral en que se suministran los medios, especialmente orientación profesional,

formación profesional y colocación selectiva, para que las personas con discapacidad puedan obtener y conservar un empleo adecuado.[41]

Creación de la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad

Se crea la *Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad* (CNHD), contemplada en la ley 18.651, que está integrada por delegados de diversos organismos públicos y representantes de organizaciones de la Sociedad Civil.

Artículo 14 de la citada ley, plantea que: Corresponde a la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad la elaboración, el estudio, la evaluación y la aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación biopsicosocial e integración social de la persona con discapacidad, a cuyo efecto deberá procurar la coordinación de la acción del Estado en sus diversos servicios, creados o a crearse, a los fines establecidos en la presente ley.

Tomando en consideración todos estos aspectos que los diferentes organismos internacionales y nacionales plantean, es notoria la vinculación de la discapacidad con el contexto social, que puede habilitar o no al pleno ejercicio de autonomía e independencia de las personas.

Todos estos movimientos en clave de conocer y promover los derechos de las personas con alguna discapacidad, generan la necesidad de conocer qué cantidad de personas existen en Uruguay, que deban ser contempladas por los programas diseñados para ello, para implementar de manera eficiente sus intervenciones.

[41] La ley 18.651, tiene como antecedentes a nivel internacional: Derechos del Retrasado Mental proclamados por las Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1971. Declaración de los Derechos de los Impedidos, de 9 de diciembre de 1975. Declaración de los Derechos de la Salud Mental del Pacto de Ginebra de 2002 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas por Resolución 61/106, de diciembre de 2006, y ratificada por Ley Nº 18.418, de 20 de noviembre de 2008.

Para este fin se lleva a cabo el censo del año 2011, que aporta los datos necesarios para seguir avanzando.

Censo realizado en el 2011

En el siguiente cuadro se muestran algunos datos comparativos, de las personas con alguna discapacidad, a nivel mundial y en Uruguay, así como datos de la franja etaria de 0 a 17 años, etapa sumamente importante para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento a nivel familiar, institucional y otros. Los datos se expresan en porcentajes y en número de personas.

Tabla 2: Personas con alguna discapacidad

Población Mundial	Población en Uruguay	Población medio Urbano	Población medio Rural	Total personas en Uruguay	Total de niños en Uruguay	Mundial de 0 a 17 años	Uruguay De 0 a 17 años
15 %	15,9 %	16,4 %	15,3 %	517.771	47.799	5,6 %	5,4 %

El censo del 2011 también informa que en la franja etaria de 0 a 14 años, hay mayor porcentaje de discapacidad, y que, en la franja de 15 a 17 disminuye aproximadamente un 1 % en relación a la anterior.

Una posible explicación a esta tendencia sería que el alza de las discapacidades entre los 10 y 14 años refleja un incremento no en la prevalencia, sino en la percepción de los padres, que tal vez acepten las limitaciones de sus hijos unos años después de su ingreso a la escolaridad. Si esta hipótesis fuera correcta, estaría reflejando un diagnóstico tardío de limitaciones que podrían atenuarse con el apoyo y la estimulación adecuados si fueran identificadas más tempranamente.

Los datos recogidos muestran que entre las diferentes discapacidades, la frecuencia es mayor en las de tipo intelectual.

Un total de 23.472[42] niños de entre 6 y 17 años (que representan un 4 % del grupo de edad) tienen dificultades para aprender o entender. De ellos, aproximadamente 8.500 tienen dificultades moderadas o severas (UNICEF, 2013, p 22).

Tabla 3: Niños con alguna discapacidad

Cantidad de niños con alguna discapacidad en Uruguay	Edades que van desde	Dificultades
23.472	6 a 17 años	Dificultades para aprender o entender
De los cuales 8.500	6 a 17 años	Dificultades moderadas o severas

Estos datos nos muestran la importancia de hacer diagnósticos[43] tempranos para generar posibilidades de adaptaciones según las necesidades de cada persona, tanto a nivel educativo como a otros niveles que mejoren la calidad de vida y posibiliten la mayor y mejor inclusión social.

Como resultado de estos cambios en torno al concepto y tratamiento de la discapacidad, en muchas partes del mundo surgen diferentes movimientos, integrados por profesionales, familiares y por las propias personas con discapacidad.

Estos movimientos llevan adelante posturas vinculadas al derecho de tomar decisiones, de ser libres para elegir qué clase de vida quieren, qué cosas necesitan para avanzar en clave de derechos en un mundo que cada vez más excluye y margina, tomando como modelo de superación el éxito personal.

Estamos viviendo un momento histórico no solo pautado por la vertiginosidad del pasaje del tiempo y la aceleración de la transformación tecnológica, sino por la aparición de un

[42] Esta cifra puede variar de unos trabajos a otros, aunque tomen el mismo censo de 2011, pero no es una variación significativa.

[43] No se está pensando aquí en los diagnósticos típicos de clasificación y encasillamiento de los niños, sino en la temprana identificación de problemas, para el mejor y más efectivo abordaje.

> universo virtual, que nos habla de una verdadera mutación civilizatoria, que abarca todos los ámbitos (Araújo, 2011, p 110)

Este modelo "exitista", según lo entienden Boltanski & Chiapello(2002), generalmente está vinculado a lógicas laborales y de relacionamiento social, que al fin y al cabo no son otra cosa que lógicas capitalistas, entendiendo por esto la producción de subjetividades que el capitalismo como sistema social, ideológico, económico produce.

Nuevas perspectivas en torno a la discapacidad

Hemos citado en esta monografía, reiteradas veces, la concepción y construcción desde el Modelo Social de la discapacidad, que instala un nuevo paradigma, definiremos de qué hablamos cuando hablamos de Modelo Social.

Los presupuestos fundamentales del Modelo Social

El Modelo Social se basa en dos presupuestos fundamentalmente, según lo plantea Palacios, (2008).

En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son religiosas, aludiendo a momentos en que se entendía que las personas que tenían alguna discapacidad, era como castigo por algún pecado o falta moral cometida por sus padres, como también hubo tiempos que se creía estaban habitadas por demonios, ni son causas científicas, sino sociales, preponderantemente sociales.

> En cuanto al segundo presupuesto, que se refiere a la utilidad para la comunidad, se considera que las personas en situación de discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que al menos,

> la contribución será en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad. (Palacios, p. 103)[44]

Las personas habitan contextos que podrían colocarlas en situación de discapacidad, al no propiciar la accesibilidad necesaria, y en otro contexto esa misma persona no tendría esa discapacidad.

Pensando la intervención en clave de buenas prácticas[45], se plantea aquí que: las mismas componen el relacionamiento que las personas tienen a diario en la sociedad con la que conviven. Tienen entonces que ver con la dimensión de lo vincular, que involucra, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y /o estudio, como también el relacionamiento con desconocidos.

Según Bagnato (2012) si bien en Uruguay, el tema discapacidad no tiene la visibilidad necesaria, ha evolucionado. La discapacidad era entendida como algo terrible que le pasaba a una persona, que debía ser asistida, porque, generaba cierta pena la situación. Luego, las propias personas y asociaciones de personas con discapacidad, tanto a nivel nacional como internacional, avanzaron a una perspectiva más de derechos.

[44] Agustina Palacios - Doctora (PhD) en Derechos Humanos por la Universidad Carlos III de Madrid, Investigadora adjunta del CONICET, Directora del Centro de Investigaciones Alicia Moreau de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Directora del Grupo Interdisciplinario Sociedad, Discapacidad y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

[45] https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/4.1_CAI-Parte%20I.pdf

Movimientos de vida Independiente

Según plantea Palacios (2008), existen dos movimientos que se reconocen como vida independiente. El primero nació en los Estados Unidos, por la década de los 60, integrado por veteranos de guerra y representantes de minorías que habían sufrido largamente por exclusión y discriminación. Los reclamos tenían que ver con que se reconocieran sus derechos y se les brindarán los servicios necesarios para vivir con la mayor autonomía y dignidad posible.

El segundo movimiento surge en el Reino Unido, por la década de los 90, con el reclamo de ser considerados en todos sus derechos a decidir sobre sus vidas, a desarrollarse plenamente y a dejar de ser vistos como seres dependientes, débiles y vulnerables.

Estas movilizaciones han aportado elementos para avanzar en una concepción de la discapacidad que considere a las personas y las contemple en todos sus derechos.

Las personas con limitaciones funcionales desean tomar el control de sus propias vidas, para lo que es necesario que de forma directa, tengan opción de controlar los recursos y las soluciones que compensen su discapacidad. De ahí surge el lema "*nada sobre nosotros sin nosotros*"

Hoy se reconoce que cualquiera puede tener en algún momento de su vida una discapacidad, puede producirse naturalmente como efecto del envejecimiento, deterioro cognitivo, u otros. Si la sociedad derrumba o minimiza las barreras las personas tendrían mayores posibilidades de vivir según sus derechos.[46]

[46] http://www.cainfo.org.uy/2016/08/informe-alternativo-alianza-de-organizaciones-por-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-del-uruguay/.

Hemos usado en este trabajo, el concepto de “Buenas Prácticas”, refiriéndonos al trato hacia la persona con discapacidad, así que trataremos de entender qué significa realmente.

Qué se entiende por “Buenas Prácticas”.

Bajo la perspectiva de derechos propuesta en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, se comienza a utilizar el concepto de “buenas prácticas” en la comunicación y el uso apropiado del lenguaje para referirse a la discapacidad. Todos estos movimientos surgen a partir de los derechos de las personas con discapacidad. El hablar de Buenas Prácticas, lleva implícito, el acatamiento de todas las propuestas elaboradas por organismos internacionales en torno al trato hacia las personas con alguna discapacidad, en cualquier ámbito donde ella se encuentre.

Se entiende por buenas prácticas las pautas, las formas, que las sociedades construyen para su organización y funcionamiento cotidiano. Abordar los obstáculos de los servicios de apoyo y asistencia Facilitar la transición a la vida comunitaria, proporcionar una serie de servicios de apoyo y asistencia y respaldar a los cuidadores informales que promoverán la autonomía y permitirán que las personas con discapacidad y sus familiares participen en actividades económicas y sociales.

> Hacer posible que las personas con discapacidad vivan en la comunidad exige ante todo sacarlas de las instituciones y prestarles apoyo mediante diversos servicios y asistencia en su comunidad, como centros de día, hogares de acogida y apoyo a domicilio (OMS-Banco Mundial; 2011., p.15)

Las barreras físicas, las de información, las de comunicación y las actitudinales constituyen los principales obstáculos con los que se encuentra cotidianamente una persona con discapacidad.

En un trabajo realizado para **UNICEF**[47], se da cuenta que Uruguay ha recorrido a lo largo de su historia un camino en pos de una mayor protección social para las personas con discapacidad. "Sin embargo, este esfuerzo no ha sido suficiente y ha sufrido, además, los embates de tiempos de crisis que relegaron este tema en favor de otras prioridades. A este hecho hay que añadirle que últimamente han surgido nuevos paradigmas en relación con la discapacidad, que modifican y amplían la necesidad de emprender nuevos caminos" (Crotti, 2013)**.** El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi, realizan un trabajo que se propone sistematizar la información disponible en el país en el que se abordan temas que tienen que ver con conocer realmente, cual es la situación de los niños, niñas, adolescentes, con discapacidad en Uruguay. El libro se imprime en mayo del año 2013, y su autor es Sergio Meresman, Coordinador de Proyectos de iiDi, si bien colaboró mucha gente, técnicos, profesionales de distintas áreas o disciplinas.

Debemos considerar que, ni las leyes ni las convenciones son capaces de cambiar por sí mismas la realidad.

En la práctica, con el nuevo marco legal[48] se generan una serie de nuevos desafíos que comienzan a verse reflejados en las familias, las

[47]Fondo internacional de Emergencia de Las naciones Unidas. Organismo creado en 1946 para atender a los niños europeos luego de la II Guerra Mundial.

[48] La CDPD, aprobada en el 2006 y que Uruguay ha ratificado por ley 18.418, del 20 de noviembre de 2008 que enuncia: (Apruébese la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmada en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica, el día 3 de abril de 2007, representa un cambio histórico en esta situación.

escuelas, los medios de comunicación y el entorno cotidiano de la sociedad.

Según Meresman (2013), hoy empezamos a escuchar que se habla de la discapacidad en el contexto de la diversidad humana, apreciando las posibilidades y no solo las limitaciones que implica.

Reflexión Final

Ya no es el tiempo pasado, y/o el tiempo futuro, como plantea Skliar (2013), aquello que aparece en el centro del pensamiento cultural, político y epistemológico actual. Quizá porque el pasado y el futuro, como tiempos ya inertes que no se incorporan al presente nos tendieron demasiadas trampas; de utopías, a veces ingenuas, a veces sangrientas, hacia lo otro. En el transcurso de esta monografía, hemos tratado de comprender, los diferentes momentos históricos y disciplinares, que han ido construyendo discursos y prácticas en torno a la discapacidad, hasta nuestros días.

Hasta el Siglo XIX, no se establecieron con claridad diagnósticos diferenciales, de lo que era, un deficiente mental del sordomudo, criminal, epiléptico o loco., según nos plantea Verdugo, en uno de sus aportes, y razón por la cual hemos comenzado este trabajo aludiendo a la concepción de la locura.

Podríamos entonces concluir que, parte de la humanidad ha tenido, en las últimas décadas, fines del siglo XX, principios del XXI, muy buenas intenciones, en lo que a reconocimiento de derechos y a posibilidades de inclusión y desarrollo de las personas con discapacidad refiere.

Es tarea de todos nosotros, los profesionales de la salud, y de la sociedad toda, ser promotores y desarrolladores de nuevas y mejores acciones para el futuro.

Los tiempos nuestros, los de ellos, los de las instituciones, los del sistema, son muchas veces perfectos desconocidos entre sí, esto deberíamos tenerlo presente en el ejercicio de nuestra profesión, colocando la “diferencia” con el otro, como una construcción humana, social, que aporta al fortalecimiento y enriquecimiento mutuo, y que por otro lado, forma parte de la esencia misma de la naturaleza.

Estamos habitados por estas construcciones, en lo más profundo de nuestras creencias, convicciones y prácticas cotidianas, y que esto amerita una reflexión sobre el tiempo propio y el tiempo del otro, tal como nos propone pensar Skliar.

En el devenir de nuestro trabajo, nuestras intervenciones y/ o acciones profesionales podrían verse afectadas por lógicas institucionales que no acompañan los avances en materia de discapacidad, por infinidad de variables, disciplinares.

Intereses corporativos u otros que podrían estar atravesando la posibilidad de generar o no, buenas prácticas sociales, inclusivas y en clave de derechos humanos para la real accesibilidad de muchas personas que hoy se ven limitadas para desplegar su potencial.

Prácticas y construcciones discursivas desarrolladas por décadas, han colocado a las familias, a las personas con discapacidad y a nosotros como profesionales de la salud, en esta situación actual, que invita a la compleja tarea de seguir revisando y construyendo.

Pensando en el Paradigma de la complejidad, al que nos invita a introducirnos, Edgard Morín, surge una de tantas preguntas, en la discapacidad ¿se interviene y/o se piensa como "campo de problemáticas" en el que convergen diferentes discursos, teorizaciones propias del mundo disciplinar y otras, en el que se requiere una multiplicidad de miradas para avanzar?

¿Cuál es la mirada que nosotros como psicólogos, independientemente desde qué corriente abordemos el tema, nos posicionamos en relación a este complejo entramado llamado discapacidad?

¿Cómo generar desde allí, desde nuestro trabajo, buenas prácticas que posibiliten la inclusión social de adolescentes jóvenes y adultos con discapacidad mental?

Hago hincapié en la discapacidad mental, porque entiendo que es donde más se debe desplegar la comprensión, la tolerancia, la capacidad de buscar conexiones discursivas capaces de abrir canales en la comunicación.

¿Estamos realmente trabajando por una inclusión de las personas con discapacidad mental, tomando en cuenta sus particularidades y necesidades específicas, atendiendo y respetando las diferencias?

Cuando se ofrece la posibilidad de incluir a los jóvenes con discapacidad mental en los centros educativos, ¿estamos contemplando las expectativas que generamos en el entorno familiar, preparamos a la familia para posibles replanteos de la situación?

Desde la historia del Derecho, la Medicina, la Educación, la Psicología y otras disciplinas, existe un discurso que acompaña los cambios mundiales vinculados a esta temática, pero, en la práctica, podríamos caer en la contradicción de negar las "diferencias", no somos todos iguales.

Retomo una frase que alguna vez leí, que decía: No se trata de tener derecho a ser iguales, sino de tener igual derecho a ser diferentes.

Bibliografía

Araújo, A. M. (2011). *Sociología clínica.* Montevideo: Psicolibros.

Bagnato, M. J. (2012). Noticias: Presidencia de la República “En Uruguay se está construyendo una Política Pública sobre Discapacidad”párr. 1-9. Recuperado de https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/pronadis-discapacidad-mides-entrevista-maria-jose-bagnato

Bagnato, M. J. (2013). La situación de niñas niños y adolescentes con discapacidad en el Uruguay. (Unicef, Entrevistador)

Basaglia, F. (2000). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio.* (F. M. Vedia, Trad.) Capital Federal, Capital Federal, Argentina: Topia.

Boltanski, L., & Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo.* Madrid: Akal.

CAinfo. (Agosto 2016). Recuperado el 28 de enero de 2018, de http://www.cainfo.org.uy/2016/08/informe-alternativo-alianza-de-organizaciones-por-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-del-uruguay/.

Castel, R. (1980). *El orden Psiquiátrico* (Enero 1980 ed.). (J. A. Álvarez-Uría, & F. Álvarez-Uría, Trads.) Madrid, España: La Piqueta.

Castoriadis, C. (1997). Poder, política, autonomía. *Castoriadis, Cornelius. “Un mundo fragmentado”, Buenos Aires, Altamira, 1997.* Buenos Aires, Argentina: Altamira.

Córdova Soto, J. L. (2002). *https://archivos.juridicas.unam.mx.* Recuperado el 18 de febrero de 2018fe, de https://archivos.juridicas.unam.mx: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/404/13.pdf

Crotti, Egidio. (2013).*UNICEF*. Recuperado de https://www.unicef.org/lac/CV_Egidio_Crotti.pdf

De León, N. (2013). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.* Uruguay: Ediciones Levy.

Echeita, G., & Ainscow, M. (2011).Educación inclusiva como derecho, pp 5-6 Recuperado de: https*://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/.* Recuperado el 20 de diciembre de 2017, de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/DOCUMENTOS,%20ARTICULOS,%20PONENECIAS,/Educacion%20inclusiva%20como%20derecho.%20Ainscow%20y%20Echeita.pdf

Fernández, A. (1992). *La sexualidad atrapada de la señorita maestra.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, M. (1998). *Historia de la Locura en la época clásica.* Bogotá: FCE.

Foucault, M. (2011).Biografía, Filosofía occidental del Siglo XX.

Recuperado de http://michelfoucault1.blogspot.com.uy: http://michelfoucault1.blogspot.com.uy/2009/10/normalizacion-para-foucault.html

Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2000). *Los anormales.* Argentina: Fondo de cultura económica.

Ley Nº 18.651. (2010). Protección Integral de Personas con Discapacidad. República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Recuperado de: http://www.uncu.org.uy/downloads/documents/201301240305059425.pdf *http://www.ibe.unesco.org/*. (julio de 2008). Recuperado el 29 de enero de 2018, de http://www.ibe.unesco.org/:

Ley 19.529, Salud mental (2017) Recuperado de *https://legislativo.parlamento.gub.uy.*de https://legislativo.parlamento.gub.uy: https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu348498791338.htm

INFOCOP ON LINE. (2014). Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5225

Meresman, S. (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay. La oportunidad de la inclusión, IIDI /UNICEF, 2013.* UNICEF, Montevideo.

Biografía, Morey Otero, S. (2011). Recuperado de http://bibliotecapedagogicacentral.blogspot.com.uy: http://bibliotecapedagogicacentral.blogspot.com.uy/2011/08/biografia-de-sebastian-morey-otero.html

Morín, E. (1998). *Articular los saberes.* Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.

Morín, E (1990) Introducción al pensamiento complejo.

OMS-Banco Mundial;. Organismos Internacionales.

Organización Mundial de la Salud (2012). Unidos para combatir las enfermedades raras. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 90(6), 401-476. Recuperado de: http://www.who.int/bulletin/volumes/90/6/12-020612/es/

ONU. (2014). Los principales tratados internacionales de derechos humanos. *Naciones Unidas. Derechos Humanos* .Nueva York y Ginebra.

Palacios, Agustina. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Recuperado de: https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf

Pronadis, M. (s.f). *Manual de buenas prácticas para el trato y la atención de personas con discapacidad en el ámbito de la salud.* Recuperado el 27 de enero de 2018, de http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32256/1/manual-de-buenas-practicas--en-la-slaud.pdf

Pronadis_Mides. (2013). *http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/18803/1/pliego.pdf*. Recuperado de http://pronadis.mides.gub.uy

Rousseau, J. J. (s.f.). *http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/ContratoSocial.pdf* . Recuperado de Biblioteca Digital. Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa ILCE: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx

Schalock, R. L. (19-20 de marzo de 1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad.* Recuperado el 20 de febrero de 2018, de http://campus.usal.es/: http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6.pdf

Skliar, C. (2013). Capítulo I; Acerca de la temporalidad del otro y de la mismidad. En C. Skliar, *Y si el otro no estuviera allí* (pág. 30). Madrid: España.

UNICEF. (s.f). *https://www.unicef.org/uruguay/spanish/discapacidad-en-uruguay-web.pdf.pdf.* Obtenido de https://www.unicef.org/uruguay

Varela, J. P. (1876). *http://contenidos.ceibal.edu.uy*. Recuperado el 19 de febrero de 2018, de http://contenidos.ceibal.edu.uy: http://contenidos.ceibal.edu.uy/fichas_educativas/_pdf/historia/uruguay/061-la-reforma-vareliana.pdf

Verdugo, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del Retraso Mental; la nueva definición de la AAMR. *Revista española sobre discapacidad intelectual*,(p.5).

Verdugo, M. A. (1994).Aportaciones a la definición de Retraso mental Recuperado de *http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/*

Verdugo, M. A. (1997). *https://campus.usal.es/.* Recuperado el 20 de febrero de 2018, de https://campus.usal.es/: https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Verdugo-ModelosSoc.pdf

Verdugo, M. Ibáñez, A. y Arias, B. (2007). La escala de intensidad de apoyos (SIS). Adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. Instituto universitario de integración en la comunidad (INICO), Universidad de Salamanca. Recuperado en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Nico/Mis%20documentos/Downloads/222_artículos1%2 0(7).pdf