UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Aportes del trabajo social en pos de la inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes que asisten a la escuela especial nro. 197 para personas en situación de discapacidad auditiva.

Marina Segui

Tutor: Cecilia Silva

T75 726

EI NIÑO

Una vez un niño fue a la escuela

Él era bien pequeño

Y la escuela era bien grande

Pero cuando el niño

Vio que podía ir a su clase

Caminando directamente desde la puerta de afuera

Él se sintió feliz

Y la escuela no le parecía tan grande así.

Una mañana,

Cuando hacia poco que él estaba en la escuela,

La maestra dijo;

- Hoy vamos a hacer un dibujo
 - . bien pensó él.

A él le gustaba dibujar

Él podía hacer todas las cosas:

Leones y tigres,

Gallinas y vacas,

Trenes y barcos...

Y tomó su caja de lápices

Y comenzó a dibujar.

Pero la maestra dijo:

¡Esperen! ¡No es hora de comenzar!

Y el espero hasta que todos estuviesen prontos

- ¡Ahora! - dijo la maestra

Vamos a dibujar flores

Y comenzó a hacer bonitas flores

Con lápiz rosa, naranja, azul.

Pero la maestra dijo:

- ¡Esperen! Yo les mostraré como se hacen
 - ¡Así! dijo la maestra

Y era una flor roja con tallo verde

¡Ahora si! - dijo la maestra

Ahora pueden comenzar

El niño miró la flor de la maestra

Y luego miró la suya

A él le gustaba más su flor que la de la maestra.

Pero él no reveló eso.

Simplemente guardó su papel

E hizo una flor como la de la maestra.

Era roja, con el tallo verde.

Otro día

Cuando el niño abrió la puerta de afuera,

La maestra dijo:

- Hoy vamos a trabajar con plasticina
 - ¡Bien! pensó el niño.

Él podía hacer todo tipo de cosas con plasticina:

Víboras y muñecos de nieve,

Elefantes y rabitos; autos y camiones...

Y comenzó a apretar y amasar

La bola de plasticina,

Pero la maestra dijo:

- ¡Esperen! No es hora de comenzar

Y él esperó hasta que todos estuviesen prontos.

- ¡Ahoral - dice la maestra -

Nosotros vamos a hacer una víbora

Bien – pensó el niño

A él le gustaba hacer vibora

Y comenzó a hacer unas

De diferentes tamaños y formas

Pero la maestra dijo:

- ¡Esperen! Yo les mostraré como hacer

Una vibora larga

- ¡Así! dice la maestra
- Ahora pueden comenzar.

El niño miró la viborita de la maestra

Entonces, miró las suyas

A él le gustaban más las suyas que las de la maestra

Pero no reveló eso.

Simplemente amasó las plasticina, en una gran bola

E hizo una viborita larga.

Así y luego

El niño aprendió a esperar

Y a observar

Y a hacer las cosas como la maestra

Y luego

El no hacía las cosas por sí mismo.

Entonces sucedió

Que el niño y su familia

Se mudaron para otra casa, en otra ciudad

Y el niño tuvo que ir a otra escuela.

Esa escuela era mucho mayor que la primera,

Entonces había puerta afuera

Para llegar al salón

Él tenía que subir algunos escalones
Y seguir por un corredor largo
Para finalmente llegar a su clase.
Y justamente en el primer día,
Que él estaba allí,
La maestra dijo:

- Hoy vamos a hacer un dibujo
 - Bien pensó el niño Y espero a la maestra

Para que le dijera como hacer

Pero ella no dijo nada

Apenas andaba por el salón.

Cuando se acercó al niño

Ella dijo: - ¿Tú no quieres dibujar?

- Si dijo el niño
- Pero ¿qué vamos a hacer?
- Yo no sé, hasta que tú lo hagas,
 - dijo la maestra
- ¿Cómo lo haré? preguntó el niño
 De cualquier color dijo la maestra.
- Si todos hiciesen el mismo dibujo y usasen los mismos colores, ¿cómo yo podría saber quien hizo qué? ¿y cuál sería de quien?
 - Yo no se dice el niño
 Y comenzó a hacer una flor roja
 con el tallo verde.

Helen E. Buckley

Contenido.

IntroducciónPág. 7
Capítulo I: Ser normal en tiempos modernos ¿para qué?
Capítulo II: Algunos aspectos de devenir del Trabajo Social en el contexto de emergencia de profesiones asistenciales y su implicación en el proceso de medicalización social
Capítulo III: Hacia una aproximación al devenir histórico de la Educación Especial en Uruguay Pág. 26
Capítulo IV: Presentación analítico reflexiva acerca de los aportes del Trabajo Socia en proceso de inclusión educativa. Estudio de la experiencia en la escuela especia nro. 197
Reflexiones finalesPág. 44
Ribliografía Pág 47

Introducción

El presente documento constituye la monografía de grado requerida curricularmente para el egreso de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. En el mismo se pretende indagar los aportes del Trabajo Social al proceso de inclusión educativa en el campo de la educación especial de los niños, niñas y adolescentos sordos. Para ello se toma como experiencia concreta la escuela especial nro.197 "Ana Bruzzone de Scarone" para personas en situación de discapacidad auditiva.

Puede decirse que a la discapacidad, históricamente, se la suele asociar a enfermedad, esto es, visto desde un posicionamiento de medicalización de lo social, desde el cual se incide para la construcción categorial de la noción salud – enfermedad según el par normal – anormal. Así, la persona en situación de discapacidad, al no estar dentro de los parámetros socialmente aceptados, es vista como anormal y diferente. En este sentido, "(...) las personas "normales" se consideran con derecho a participar a través de aquellas personas que "no caben" en esta categorización, pasando de esa manera por encima de los "derechos del otro". Así, ese "otro" se encuentra sin tener derecho a tener derecho" (Miguez, 2003: 45).

Ahora bien, ¿Qué sucede en éste contexto con la educación? ¿Qué importancia tiene éste ámbito para las personas en situación de discapacidad auditiva? Debe tomarse en cuenta, que tanto las maestras como técnicos no docentes, son ejecutores de una política social y reproducen ciertas nociones, prenociones, normas, que sin lugar a dudas, son productoras de subjetividad, de ciertas maneras de ser, pensar y sentir. Este ámbito es de gran importancia para la persona sorda, en la construcción de su cotidianeidad entendiendo que para la existencia de ésta es imprescindible un lenguaje común y su práctica permanente, de ahí la importancia de la escuela, como productora y reproductora de identidad.

En este sentido, desde la disciplina Trabajo Social, este es un ámbito privilegiado para el encuentro con ese otro, posibilitando la reflexión del nosotros, así como los vínculos que se establecen entre ese otro y el nosotros. De este modo, podrá superarse la perspectiva positivista, en pos de un ejercicio profesional sustentado en los principios del su código de ética; "buscando construir argumentos téorico-políticos, posicionarse éticamente y romper con las respuestas prefabricadas para problemáticas preconcebidas". (Vallejos, 2001: 9)

Se considera de gran relevancia la producción de conocimientos que permitan superar el posicionamiento médico existente, apostando a reafirmar la concepción de sujetos de derecho, potencializando las capacidades de cada persona, así como sus talentos y virtudes. Puede pensarse que la investigación planteada para dicha monografía puede resultar un insumo más para futuras intervenciones del Trabajo Social en el ámbito educativo de personas en situación de discapacidad auditiva.

Se abordará la temática, posicionándose desde el paradigma de la complejidad, se consideran los planteos de E. Morin, en este sentido, se intentará trascender lo fenoménico, lo que se presenta como dado, lo aparente, esto, sin duda, implica desnaturalizar y problematizar, "se trata de ejercitarse en un pensamiento capaz de tratar, de dialogar, de negociar, con lo real" (Morin, 1994: 22)

Siguiendo al autor:

"(...) el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento completo es imposible: uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia. Hace suya la frase de Adorno << La totalidad es la no-verdad >>. Implica el reconocimiento de un principio de incompletitud y de incertidumbre. Pero implica también, por principio, el reconocimiento de los lazos entre las entidades que nuestro pensamiento debe necesariamente distinguir, pero no aislar entre sí". (Morin, 1994: 23)

En este sentido, el pensamiento complejo no se opone al pensamiento simplificador, por el contrario, lo integra, lo que sí desaprueba es el conocimiento unidimensional que tiende a la reducción, pues, complejidad implica la búsqueda de contradicciones, de antagonismos, que al mismo tiempo son complementarios, no de conocimientos que tiendan a homogeneizar. "El pensamiento complejo no rechaza, de ninguna manera, a la claridad, el orden, el determinismo. Pero los sabe insuficientes, sabe que no podemos programar el descubrimiento, el conocimiento, ni la acción ". (Morin, 1994: 117)

Se persigue, un conocimiento multidimensional, que procure la completitud, pues, no es posible aislar objetos, dado que todo es solidario, de lo contrario se obtendrán conocimientos parcializados. En este sentido, no es posible programar el conocimiento, complejidad conlleva incertidumbre, siempre se encuentra presente lo aleatorio.

Siguiendo esta lógica de pensamiento no es posible pensar el objeto si no hay un sujeto. "Aun mas: no hay objeto si no es con respecto a un sujeto (que observa, aísla, define, piensa), y no hay sujeto si no es con respecto a un ambiente objetivo (que le permite reconocerse, definirse, pensarse, etc, pero también existir)". (Morin, 1994:67)

Se rechaza la relación lineal de tipo causa – efecto, en tanto, los efectos son al mismo tiempo causas y a la inversa, así como el producto es al mismo tiempo productor. Se hace necesario considerar que el todo implica las partes y que las partes implican un todo.

"Unamos la causa y el efecto, el efecto volverá sobre la causa, por retroacción, el producto será también productor. Vamos a distinguir estas nociones y las haremos juntarse al mismo tiempo. Vamos a reunir lo Uno y lo Múltiple, los uniremos, pero lo Uno no se disolverá en lo múltiple y lo Múltiple será, asimismo, parte de lo Uno". (Morin, 1994: 110)

A partir de éste marco teórico metodológico es que se procura desarrollar éste documento, siguiendo una lógica expositiva que se descompondrá en cuatro capítulos:

Capítulo 1: Ser Normal en tiempos modernos... ¿para qué? Se expondrá un breve compilado acercar de la génesis de lo normal como categoría demarcatoria, clasificatoria de lo útil y lo inútil, lo normal y lo anormal. Se procura comprender el proceso de medicalización de la sociedad, así como los aportes de la ciencia y la medicina en el mismo.

Capítulo 2: Algunos aspectos de devenir del Trabajo Social en el contexto de emergencia de profesiones asistenciales y su implicación en el proceso de medicalización social. Se procura hacer un análisis acerca de la génesis del Trabajo Social y sus implicancias en el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya. En pos de una mayor comprensión del rol y las funciones "encomendadas" a dicha disciplina en este proceso.

<u>Capítulo 3:</u> Hacia una aproximación al devenir histórico de la educación especial en Uruguay. Se intentará introducir al lector una breve aproximación a la génesis de la educación especial en el Uruguay, las perspectivas subyacentes sobre qué se entiende por discapacidad, las implicancias de una educación inclusiva, así como un acercamiento al ejercicio disciplinar del Trabajo Social en este ámbito.

Capítulo 4: Presentación analítico reflexiva acerca de los aportes del Trabajo Social en proceso de inclusión educativa. Estudio de la experiencia en la escuela especial nro. 197. Se intentará reflexionar en torno a las intervenciones, a los desafíos que se le presentan al Trabajo Social en la escuela especial nro. 197. Buscando identificar aportes realizados desde esta disciplina en relación a la inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes sordos.

Para finalizar el documento, se incorporarán algunas reflexiones finales en las que se expondrán las ideas centrales que se han desarrollado en esta investigación, así como algunas interrogantes que fueron surgiendo.

Capítulo I

Ser Normal en tiempos modernos ... ¿para qué?

"Quien "no encaja en el mundo",

está siempre cerca de encontrarse a sí mismo".

Herman Hesse.

Puede decirse que el término "normalidad" es una construcción histórico-social, que surge durante el siglo XIX con la intención de establecer distinciones en la sociedad, pudiendo ser considerada en una doble acepción: por un lado, cuando algo se encuentra en óptimas condiciones, siendo efectivo y útil, por el otro, se presenta como un parámetro de medición de la norma.

"Lo normal se asemeja a lo eficiente, lo competente y lo útil, un cuerpo normal se puede adaptar a los requerimientos de la vida productiva. Lo normal también es entendido como una convención de la mayoría, a la vez que considera la totalidad – el "todos" como un todo homogéneo -, cuya regularidad adquiere un valor prescriptivo: como son todos es como se debe ser". (Angelino y Rosato, 2009:23)

Ahora bien, ¿quién es normal? ¿Qué es lo normal? ¿Por qué lo "anormal" es visto como un "disvalor" y lo "normal" como un "valor? ¿Quién establece los parámetros de "normalidad"?; por último, ¿por qué en la sociedad occidental se "valora" todo lo que tiende a homogeneizar?

Puede decirse, que la normalidad se presenta como una categoría de discernimiento, de lo propio y lo impropio, del nosotros y los otros, como una categoría de clasificación, de demarcación, en este sentido, "La normalidad es la medida del mundo y hombre". (Angelino y Rosato, 2009:24) De este modo, lo normal y anormal no son ajenos, conforman un par de opuestos, estableciéndose siempre lo que se desea, lo que debe ser y su opuesto, lo que no es.

Para Foucault:

"(...) todas las instancias de control funcionan según una modalidad doble: la de la partición binaria y marcado (loco – no loco, peligroso – inofensivo, normal – anormal) y la de la asignación coercitiva, del reparto diferenciado (quien es, dónde debe estar, qué lo caracteriza, cómo reconocerlo, cómo ejercer sobre él una constante vigilancia)". (Foucault, 2002: 203)

En este sentido, se instaura la positivización de lo anormal, así el anormal debe buscar las estrategias adecuadas para dejar de ser ese otro y transformarse en el nosotros, se acentúa la idea de que ser anormal está mal. De esta forma, se contribuye a las tendencias homogeneizantes de la sociedad, donde, lo que está bien es ser como el hombre medio.

Es decir, se pretende "disciplinar", "domesticar" a través de la transmisión de determinados valores, normas, costumbres, por lo que puede decirse que tanto la medicina, como la estadística y la ciencia, han sido utilizadas como instrumentos para alcanzar el control social deseado.

El proceso de positivización de lo anormal, es decir, de establecimiento de una normalidad deseosa, tiene un fuerte fundamento en la estadística y la ciencia. Por su parte, en la sociología con Comte y Durkheim adquiere relevancia lo normal y lo patológico.

"Para el positivismo, toda connotación de patología se apoya sobre el conocimiento del estado normal. Para comprender la patología, es preciso conocer las leyes del estado normal. Para Comte no hay distingo entre las leyes de lo normal y las de lo patológico. Lo normal está definido como armonía." (Frankel, 2008: 75)

Por su parte, Durkheim sostiene;

"(...) Llamaremos normales a los hechos que presentan las formas más generales y daremos a los otros el nombre de mórbidos o patológicos (...) los caracteres más frecuentes de una especie con sus formas más frecuentes, se podrá decir que el tipo normal se confunde con el tipo medio y que toda desviación con relación a esta marca de la salud es un fenómeno mórbido" (Canguilhem apud Vallejos, 2009:51).

Parafraseando al autor, es preciso establecer un normal para cada especie, existiendo una media para cada una de ellas, de este modo expresa la superioridad de lo normal por sobre lo mórbido. Así, considera del mismo modo, los hechos de la biología de los hechos sociales, discerniendo al contrario de Comte la idea de "pluralidad" en las sociedades, no es posible verla como un todo armónico.

Siguiendo la lógica expositiva, como fue mencionado más arriba, otro de los instrumentos utilizados para la positivización de lo normal fue la estadística, es desde el siglo XIX que se le otorga validez a sus mediciones, considerándose a los hechos

sociales como objetivos. En este sentido, Adolphe Quetelet "formuló el concepto de hombre medio (...) es la construcción abstracta de un individuo inexistente, que resulta del promedio de los atributos de los hombres" (Vallejos, 2009:55)

"en ese sentido estadístico, un individuo es un valor que puede ser considerado normal por la ubicación que tiene dentro de un intervalo, donde están la mayoría de las observaciones realizadas. Este intervalo se grafica en lo que se denomina "Curva de Bell" o "Campana de Gauss", que comprende, por ejemplo al 95 % de las personas de ese universo, estableciendo los 'umbrales de normalidad' y la noción de 'desvío'" (Vallejos, 2009:55)

Ahora bien, cabe preguntarse, ¿qué sucede en este contexto con el cuerpo? ¿Se espera algo de éste? ¿Se requiere cierta productividad en el mismo? "(...) El cuerpo es parte nodal de cualquier política de identidad y es el centro de la reproducción de las sociedades. Aunque parezca obvio, sin cuerpo no hay individuo, sin un cuerpo socialmente apto no hay agente y sin cuerpo no existe la posibilidad de individuo de conocerse en tanto sujeto" (Scribano apud Miguez, 2009: 35)

Es a través del cuerpo que se han ejercido ciertas técnica de manipulación, de control, que al decir de Murillo (1996), son de carácter anátomopolítico, es decir, el cuerpo visualizado como objeto de poder a través de ciertos dispositivos, se lo busca moldear, homogeneizar, para hacerlo previsible. Estos procesos sin duda recaen en la construcción de subjetividades, de identidad, de maneras de ser, de pensar y actuar, distinguiéndose entre el nosotros y el otros, demarcando relaciones sociales.

"Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican.(...) estuvo constituido por todo un conjunto de reglamentos militares, escolares, hospitalarios, y por procedimientos empíricos y reflexivos para controlar o corregir las operaciones del cuerpo. (...) Es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser trasformado y perfeccionado". (Foucault, 2002:125)

A lo largo de la historia los cuerpos han sido objetos de control, siendo sometidos a ciertas relaciones de poder, que les da forma, en relación a ciertos parámetros de normalidad para cada época y cada lugar.

Es a partir del siglo XVIII, que se hace patente con el desarrollo del capitalismo, un cambio sustantivo en estas relaciones de poder, donde se produce lo que Murillo

(1996) a dado por llamar medicalización de la sociedad. De este modo, se busca "controlar la salud de la población" (Murillo, 1996: 212) y la medicina se transforma en una nueva técnica de control social.

Para los requerimientos de esta época, es preciso centrarse en el cuerpo como fuerza productiva, siendo necesario un cuerpo sano, un cuerpo productivo; es decir, útil para el trabajo.

"El cuerpo se torna mercancía en particulares condiciones de producción y reproducción; esto es en condiciones de trabajo para el capitalista que compra su fuerza de trabajo. Así la fuerza de trabajo, capaz de apropiarse de la naturaleza y tornarla bien de uso, queda subsumida al proceso de producción, en las condiciones que el capital dispone. Los modos de producción capitalista siempre compran un determinado tipo y número de cuerpos productivos, nunca todos y nunca cualquiera". (Kipen y Lipschitz, 2009: 68)

De esta forma, se visualiza al médico como autoridad social, moral, (Murillo: 1996) que colabora con la construcción de sujetos sanos. El hospital ya no es visto como espacio de encierro, sino un espacio donde la cura es posible. Se hace necesario categorizar, segmentalizar por patologías, dándole un tratamiento especializado a cada una de ellas.

El médico, en tanto autoridad social, contribuye con la población para la consecución de un "cuerpo social" (Murillo, 1996) con una mejor calidad de vida. Ya no se protege la salud de unos pocos, se busca el confort general por medio de la individualización de la salud, es decir, dándole un tratamiento especializado a cada enfermedad.

"El individuo se constituye como objeto de saber y de la práctica médica. Pero esta medicina es tanto del individuo como de las poblaciones. De modo que de manera creciente, se establecerán patrones de conducta esperables para la media de la población y las consiguientes "desviaciones" de esa media serán cuidadosamente controladas" (Murillo, 1996: 206-207).

Según expone Murillo (1996), en el proceso de medicalización de la sociedad, pueden discernirse tres etapas: la medicina del estado, la medicina urbana y la medicina del trabajo.

La primera etapa, la medicina del Estado, surge principalmente en Alemania a principios del siglo XVIII, surgiendo desde el Estado interés por mejorar la calidad de

vida de la población. De esta forma, se crea la "policía médica del Estado" donde juega un rol fundamental la estadística, pretendiendo conocer a través de la tasa de la natalidad y morbilidad, el estado de salud general de la población. Asimismo, se busca normalizar y especializar a través del estado al médico. Comienza a hacerse hincapié en las enfermedades de los pobres dentro de la población.

Por otra parte, en un segundo momento, la medicina urbana se origina en Francia a la postre de la revolución francesa al plantearse "La necesidad de dar una organización a las ciudades a fin de garantizar el funcionamiento regular de las nacientes industrias y de dar seguridad en ámbitos en los que, la aparición de una población obrera pobre y gran cantidad de mendigos lo hacían necesario." (Murillo, 1996; 215).

En este sentido, las sociedades se dividen en zonas, los individuos permanecen en ciertos espacios, debiendo ser controlados por médicos estatales, de esta forma se compartimenta, se aísla a modo de lograr un efectivo control de los mismos. También, surgen en este momento, las ideas de salubridad e higiene, procurándose en todo momento la desinfección de los espacios públicos y privados. A modo de ejemplo, se trasladan cementerios a la periferia, a través de panteones familiares e individuales, los cuerpos se presentan de forma ordenada.

A partir del siglo XIX, el pobre comienza a ser visto como objeto de medicalización. Es decir, se pretende controlar la salud del pobre, lo que al mismo tiempo favorece a la población más pudiente garantizándoles a éstos menos posibilidades de contraer algún tipo de enfermedad. Asimismo, el control médico de las fuerzas de trabajo puede ser visto rentable en tanto incremente el nivel de productividad, por tanto, de utilidad de los cuerpos.

Tras esta breve descripción acerca del proceso de medicalización de la sociedad, surgen algunas interrogantes, ¿todo proceso social e histórico, necesariamente implica una intencionalidad de ejercicio de poder de unos individuos por sobre otros? ¿Las relaciones sociales implican relaciones de poder? ¿Todo accionar de los individuos es fabricado por otros? Para comenzar a desentrañar estas interrogantes, será preciso, desarrollar brevemente, qué se entiende por poder en el sentido foucaultiano:

"El poder no es una substancia. Tampoco es un misterioso atributo cuyo origen habría que explorar. El poder no es más que un tipo particular de relaciones entre individuos (...) El rasgo distintivo del poder es que algunos hombres pueden, más

o menos, determinar por completo la conducta de otros hombres, pero jamás de manera exhaustiva o coercitiva. Un hombre encadenado y azotado se encuentra sometido a la fuerza que se ejerce sobre él. Pero no al poder. Pero si se consigue que hable, cuando su único recurso habría sido el de conseguir sujetar su lengua, prefiriendo la muerte, es que se le a obligado a comportarse de una cierta manera. Su libertad ha sido sometida al poder. Ha sido sometida al gobierno. Si un individuo es capaz de permanecer libre, por muy limitada que sea su libertad, el poder no puede someterle al gobierno. No hay poder sin que haya rechazo o rebelión en potencia". (Foucault, 1990: 138 - 139)

Siguiendo la línea del autor, el poder no es una substancia, es un tipo de relación, no es una institución, ni una persona concreta, se encuentra presente en todas partes, el poder se ejerce, cualquiera puede ejercerlo. El poder no posee un carácter meramente coercitivo, sino que estimula ciertos ideales que construyen al sujeto.

En este sentido, las relaciones de poder siempre esconden una intención, tienen un para qué. Esta intencionalidad, se ve acompañada de lo que Foucault denomina tecnologías. "De modo que toda técnica o tecnología es también una táctica de control de los cuerpos, que articula con muchas otras, va dibujando un "dispositivo" estratégico (la familia, la sexualidad, la salud pública, el trabajo)". (Murillo, 1996: 76)

Así, el autor distingue tecnologías de poder y tecnologías del yo, las primeras hacen mención a mecanismos de control, dominación de los cuerpos, las segundas apuestan a una transformación de cierto accionar, de cierta manera de sentir, para el logro un sentimiento de placer.

Puede decirse, en términos foucaultianos, que la medicina, constituye una tecnología o técnica de poder, procurando ejercer dominación a través de los cuerpos individuales, sobre el cuerpo social. Así, tal y como expresa Foucault:

"En el siglo XIX – y aún en el XX -, el orden interior era proyectado, programado como una especie de disciplina exhaustiva, ejerciéndose en forma constante e ilimitada sobre todos y cada uno de los individuos. Creo que hoy el nuevo orden interior obedece a una nueva economía. ¿Cuál es su característica? En primer lugar el marcaje, la localización de un cierto número de zonas que podemos llamar 'zonas vulnerables', en las que el Estado no quiere que suceda absolutamente nada (...)". (Foucault, 1991:164 - 166)

En este sentido, se introduce a "la normalidad como fuerza legitimadora de la exclusión" (Zuttión y Sanchez; 2009: 112) dado que es la normalidad, para cada época y cada lugar, la que establece parámetros de lo que está bien y mal, del nosotros y el otros, del útil e inútil, expulsando a quienes no se encuentran dentro de los parámetros socialmente aceptados a las "zonas vulnerables".

"De este modo bajo el nombre de 'excluidos' (de la normalidad, de un modo de producción), serán considerados aquellos que pertenecientes a una misma condición, tienen algo en común, pero ¿Qué es lo común? Pareciera que algo que les falta, cualquiera sea esa incompletitud, los une y constituye. Pero a su vez, también genera una demarcación. Un corte, que materializa constantemente, a través de la presencia de ciertas normas que así como legitiman modelos sociales, establecen claramente distinciones invisibles, por lo no posibles de ser cuestionables". (Zuttión y Sanchez, 2009: 115)

No es posible referirse a la exclusión sin considerar a su par opuesto, la inclusión, que al decir de Vallejos, dicho par ejerce un mecanismo de control social, en tanto, no se pretende alejar, expulsar del orden establecido a las personas, sino que se busca normalizar hacia adentro del mismo, por ello, suele emplearse el término de exclusión incluyente.

"La generación de estos mecanismos de exclusión – inclusión por un lado permiten re – acomodar aquello que queda por fuera, a la vez, que refuerzan y legitiman una única forma de ser y estar en el mundo: hombre, blanco, productivo, adulto, con determinadas medidas corporales". (Zuttión y Sanchez, 2009: 118)

Se ha desarrollado a través de éste capítulo, aspectos generales del concepto de normalidad, mostrando la introducción y consolidación del proceso de medicalización social como sustento de lo normal. Reforzándose con la ciencia positivista y el manejo estadístico de los datos, alcanzando a ese hombre medio, patrón medida de la sociedad, socialmente útil a sus fines. Llegándose a consolidar un modelo de lo normal que juega dramáticamente con el par inclusión-exclusión, al punto de matizar con la llamada exclusión incluyente.

De este modo, se procuró exponer cuán interiorizado está el concepto de normalidad, al punto de que resulta muy dificultoso para el colectivo académico abrirse paso hacia un pensamiento complejo, que rechaza conocimientos tendientes a homogeneizar, en búsqueda de contradicciones y antagonismos, procurando un conocimiento multidimensional, que se opone a relaciones causa de tipo causa —

efecto. Apelando constantemente a un conocimiento que dialoga y reflexiona problematizando lo dado, lo aparente.

Capítulo II

Algunos aspectos de devenir del Trabajo Social en el contexto de emergencia de profesiones asistenciales y su implicación en el proceso de medicalización social.

Siguiendo a Ortega (2008), el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya, comienza a gestarse a fines del siglo XIX y principios del XX. Así, en los últimos 30 años del siglo XIX, aparece la presencia del denominado modelo agro-exportador (1870-1890) con él se gestan los cimientos del estado moderno," (...) un Estado expandido que <coloniza> prácticamente todas las dimensiones del espacio social". (Ortega, 2008: 29)

Se da la unificación territorial del Uruguay, posibilitado por mejoras técnicas (desarrollo de la red vial y de las comunicaciones) y el monopolio de la fuerza coactiva, la educación pasa a manos del estado (escuela pública).

En las primeras tres décadas del siglo XX, se desarrolla, según Ortega (2008), un segundo impulso de modernización en Uruguay, éste va de la mano con el proyecto político batllista. Es en este periodo, en que comienza a producirse el proceso de secularización de la sociedad, "secularización que se produce no solamente en el sentido de perdida de hegemonía de los valores religiosos, sino en la adopción de <nuevos valores científicos> bajo la forma de un nuevo sistema de confianza en la producción de la verdad". (Methol apud Ortega, 2008: 39)

Se comienza a pensar la realidad social de un modo distinto, las actividades de asistencia social y caridad ya no son vistas como actividades con finalidades religiosas y producto de voluntariados, se hace necesario repensar dichas actividades a través de valores científicos, surgiendo así nuevas profesiones, con especificidades propias y reguladas desde el estado. De este modo:

"El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, porque lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. La entronización de la salud como el Bien significo dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo. Fue, entonces, un hito final en el proceso de

secularización de la cultura uruguaya (...) así, la vida larga se transformó en el objetivo de la existencia individual y la salud publica en la suprema ley del Estado". (Barrán apud Ortega, 2008:46)

Ante lo expuesto, surge la interrogante acerca de qué rol tiene la familia, en tanto ámbito privado, en el proceso de medicalización de la sociedad. Siguiendo a Lasch (2008), en la historia de las sociedades modernas, con la revolución industrial, el sistema capitalista elimina la producción del ámbito domestico pasando a estar en manos de la fábrica, transformándose la familia en un agente calificado en tanto trasmisor de valores y pautas higienistas en la esfera privada. Así, se promueve la tríada Estado, médico, educador con la mujer, para la consolidación de ciertas prácticas y hábitos en el seno doméstico.

"(...) se invierte la relación de convivencia entre el Estado y la familia, de modo que esta última queda convertida en un ámbito de intervención directa, una tierra de misión". (Donzelot, 2008:89) Así, se desarrolla el proceso que Lasch (1991) denomina socialización de la reproducción, en tanto se pretende controlar el ámbito privado a través de ciertas instituciones y profesionales especializados (profesiones asistenciales).

La mujer tendrá un papel central en el seno domestico, ampliándose sus exigencias, debiendo encargarse de la trasmisión de ciertas pautas hegemónicas, especialmente se le encomienda la crianza de los niños. En este sentido,

"(...) as novas exigencias da educacao dos filhos, em uma época em que se prestava tanta atencao as suas necesidades específicas, tornaram necessária a educacao das mulheres para suas tarefas domésticas. Uma educacao mais esmerada também converteria as mulheres em companheiras mais adequadas para seus maridos. A nova domesticidade implicava ma minuciosa reforma e a ampliacao da educacao da mulher (....)" (Lasch, 1991: 27 – 28)

Al decir de Donzelot (2008), esta triada estado, educador, mujer, se hizo posible, pues, le permitió a la mujer adquirir mayor autonomía ante la "autoridades patriarcal no interior da familia" (Donzelot, 2008: 58).

Del mismo modo, se hace patente un cambio en la concepción de infancia, visualizándose al niño como "blanco" de intervención directa, haciéndose necesario controlar y disciplinar el vínculo entre padres e hijos. Ahora bien, ¿por qué el niño se transforma en blanco de intervención de las profesiones asistenciales? Pues, es una estrategia para preservar el orden social, en una sociedad donde "nossas ciudades

manufatureiras serao continuamente focos de desorden, de imoralidade e de insurreicao". (Donzelot, 2008: 70)

En este sentido, resulta para el estado una "inversión" la asistencia a niños y mujeres en tanto se puede "evitar gastos futuros", (Donzelot, 2008: 65) haciendo que "(...) a norma estatal e a moralizacao filantrópica colocam a familia diante da obrigacao de reter e vigiar seus filos se nao quiser ser, ela propria, objeto de uma vigilancia e de disciplinarizacao". (Donzelot, 2008: 81)

Se destaca, la importancia en la transmisión de afecto y cariño entre padres e hijos, en una sociedad en la cual aparece presente cada vez más, en el ámbito público, el sentido de competitividad, individualismo y especialización.

"Enquanto a familia se especializava na "liberacao emocional e nos afetos compartilhados", a escola, segundo Durkheim, constituía "um grupo autentico, do qual a crianca faz parte natural e necesariamente...Consequentemente, ataves da escola temos os meios para treinar a crianca para uma vida colectiva diferente da vida do lar. Aquí temoa uma oportunidade única e insubstituivel para nos encarregar da crianca em um momento em que as lacunas em nossa organizacao social ainda nao foram capazes de gerar nela sentimentos que tornem parcialmente rebelde a vida comum". (Durkehim apud Lasch, 1991: 35 – 36)

Es así, que con los lazos entre familia – escuela, la transmisión de valores y normas modernas a la familia (especialmente a la mujer) se comienzan a sentar las bases de una sociedad moderna, donde el cambio se hace imprescindible para preservar el sistema económico, en tanto, "(...) a filantropía higienista elude uma interpelacao política do económico remetendo-a a autoridade familiar por intermedio da norma". (Donzelot, 2008: 71)

Es, en el contexto de desarrollo del proceso de medicalización de la sociedad uruguaya, en que el Doctor Rafael Schiaffino, explicita la necesidad del Servicio Social¹, en tanto nexo entre la familia y el médico. Con este fin, hacia 1925, solicita la creación de un grupo de visitadoras escolares, otorgándole una partida para dicho fin, hacia 1926 al Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal.

"La visitadora representa la tendencia más moderna de la medicina preventiva, y es la encargada de la vigilancia de los sanos, la que debe despistar los peligros

Lo hace mediante la elaboración de un informe presentado en el Congreso Internacional de Protección a la Infancia, que se llevaría a cabo en París, hacia 1928.

que a la salud amenazan, para poder evitarlos; la divulgadora de los conceptos higiénicos, a fin de hacer que el organismo resista en mejores condiciones a los ataques de las infecciones y peligros que los rodean de continuo, a hacer por su prédica que el desgaste por la labor a que está condenado el hombre, sea lo menos dañosa posible; la propulsora de los medios modernos de prevención contra las enfermedades y la difusión de los conceptos de la higiene en la alimentación, en el desarrollo, en la habitación, en los métodos de la vida higiénica". (Schiaffino apud Ortega, 2008:47)

De este modo, hacia 1927 se crea la primera Escuela de Servicio Social universitaria, dependiente del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina. Estas visitadoras tenían por misión desarrollar principalmente tareas de control y vigilancia en el ámbito escolar, trasmitían hábitos sanitarios tanto a maestras como a niños y a través de las visitas domiciliarias se asesoraba a la familia sobre prácticas higiénicas. Asimismo, "servirá al médico de precioso auxiliar para obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo, influencia del ambiente sobre la enfermedad y, en general, toda clase de datos de interés para la etiología, el diagnostico o el tratamiento". (Ortega, 2008:49)

En el ámbito político, en 1931 asume la presidencia el Doctor Gabriel Terra, quien unos años después (1933) apoyado por sectores dominantes de la época, impulsará un golpe de estado. Al decir de Filgueira (1995), es en la época terrista donde se gestó en materia de políticas sociales un espacio propicio para la consolidación del Servicio Social, creándose variadas instituciones que luego implementarán políticas sociales. Un claro ejemplo de ello es la sanción del Código del Niño y la creación del Ministerio de Salud Pública.

En el Código del Niño, se establece como una de las Divisiones Técnicas a crear la de Servicio Social², así como la formación de visitadoras sociales, creándose la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social en 1939, dependiente del Ministerio de Salud Pública. En dicho código, se explicitan las funciones de las visitadoras sociales, destacándose la formulación de fichas sociales para cada familia, así como la:

"(...) organización y regularización de la familia, la investigación de la paternidad, evitar el abandono del niño, contralorear el cumplimiento de los preceptos higiénicos y las prescripciones médicas, enseñar higiene y puericultura,

² Vale resaltar que, es a mediados de la década del 30 en que los cursos de visitadoras sociales fueron eliminados, posiblemente por falta de rubros.

alimentación adecuada y económica, en todas las cuestiones de trabajo, sea para buscarlos a los padres o para evitarlo en los niños, facilitar la orientación profesional, atención y colocación de anormales y enfermos, colocación familiar en los casos de libertad vigilada, asesoramiento al juez de Menores con respecto a la vida del niño y de su familia, lucha contra el analfabetismo y los males sociales, persecución de la mendicidad, en la realización de encuestas, organización de oficinas que traten con mujeres y niños, y en muchos otros casos que no es posible prever". (Ortega, 2008: 56)

Además de la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social, en la cual se encuentra a través de su Plan de Estudios una fuerte connotación higienista, en el año1937 se crea la Escuela de Servicio Social del Uruguay, propiciada por la Unión Católica Internacional de Servicio Social y la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchagra, de la Universidad Católica de Chile. Ésta con gran influencia en la iglesia católica y la caridad, en tanto, "<El Servicio Social es, en suma, una forma moderna de apostolado. Y yo diría más: es una forma moderna, actual, de cumplir el mandamiento supremo de la caridad>". (Chiarino apud Ortega, 2008: 64)

En materia de política exterior, a partir de 1938, es de destacar la adhesión de Uruguay al panamericanismo pro estadounidense, del mismo modo, se produce la internacionalización en el campo de la salud, a través de la creación (1945) de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Éstas organizaciones actúan como promotoras de una visión individualista de la salud, ya no se considera el entorno del individuo sino a él mismo, se procura la promoción y prevención de la salud.

"El preventivismo puede ser aquí sintetizado como la doctrina médica que retraduce la concepción ampliada de determinación del proceso salud enfermedad, tal como fue desarrollada por las disciplinas ligadas al campo de la higiene y de la salud pública desde el siglo XIX, en prácticas de carácter eminentemente técnico, esencialmente dirigidas al ámbito de los ciudadanos individuales y volcadas al desarrollo de acciones asistenciales y educativas simplificadas, con baja densidad de tecnología especializada y equipamientos materiales.(...)". (Ortega, 2008:77)

Agrega Ayres:

" (...) el preventivismo se caracteriza por el predominio de lo individual sobre lo colectivo, de lo técnico sobre lo político, de lo material sobre lo social, de lo medico asistencial sobre lo medico sanitario, de lo privado sobre lo público. Bajo esas

consignas, las conductas de los individuos pasan a constituirse en un verdadero campo de observación y de intervención para las estrategias medico sanitarias (...)." (Ayres apud Ortega, 2008: 77, 78)

Esta nueva reorientación de políticas sociales en el ámbito de la salud, acentúan la relación poder – saber médico, así como la concepción positivista del cuerpo. Se destaca en la nueva concepción de salud la idea de "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Ortega, 2008: 88), por tanto, se hace necesaria la intervención de ciertas disciplinas del área social, entre ellas la del Trabajo Social. Así, comienzan a distinguirse los rol es de la visitadora y de la Asistente Social.

"En realidad, no solo no se había establecido una misma identidad para el Servicio Social y para las nurse sanitarias, si no que, además, el Servicio Social aparece muchas veces definido como un < complemento> del trabajo sanitario en general, ya sea para asegurar la mayor y mejor calidad de información respecto de las familias que eran usuarias del centro, como para realizar una serie de trámites que aseguraran su institucionalización, que dieran garantía de que <existían> para el Estado". (Ortega, 200:107)

Por tanto, en el marco de un Estado intervencionista el Asistente Social actúa como operador complementario de las políticas sociales, más precisamente, frente a una creciente secularización de la sociedad y predominio del pensamiento positivista, donde el médico se transforma en un actor privilegiado y el Servicio Social es demandado por éste. De esta forma, "el Trabajo Social se institucionaliza y legitima en la medida en que el Estado centraliza la Política Asistencial para enfrentar la Cuestión Social más allá de las formas caritativa y represiva, ampliando consecuentemente, el campo laboral para los trabajadores sociales." (Celats apud Acosta, 2006: 126)

El Servicio Social, se encontraba en relación de subordinación con el médico, debía encargarse de la parte social del enfermo, de sus condiciones de vida, su familia, etc.

"(...) Ahí los médicos eran los dueños de la cancha totales, con mucha soberbia, el Servicio Social era lustra botas entonces, (...) Eran los médicos los que disponían (...) Tu tenias tu titulito por un lado pero después tenias el cargo por otro y el médico que te mandaba hacer lo que él quería o la institución que disponía que tu realizaras equis función aunque no tuviera nada que ver con lo tuyo". (Ortega, 2008:109)

Respecto a la imagen que tenían los usuarios de la profesión, un testimonio alega "(...) Nosotros éramos los emisarios que decíamos<cumple o no cumple> entonces éramos la figurita que decía <cobro o no cobro> , entonces éramos fantásticas, no importa lo que fuéramos nosotros sino lo que representábamos". (Ortega, 2008: 11)

Otro hito histórico fundamental, para la formación de Servicio Social fue la creación de la Escuela de Servicio Social en 1964 del Ministerio de Salud Pública pero de carácter autónomo, con gran influencia de la Organización de Naciones Unidas. Asimismo, surge el interés desde la Universidad por albergar dicha Escuela en su seno, lo que se concreta, recién en 1957, al crearse la Escuela Universitaria de Servicio Social. Por tanto, entre 1957 y 1967 coexisten dos escuelas, la del Ministerio de Salud Pública y la de la Universidad, diluyéndose finalmente la primera.

De este modo, se procuró mostrar cuán estrecho se encuentra el proceso de medicalización de la sociedad a la génesis del Trabajo Social. En tanto, profesión que emerge de dicho proceso, como operador complementario de valores y pautas higienistas en el ámbito privado, a través de la familia.



Capítulo III.

Hacia una aproximación al devenir histórico de la Educación Especial en Uruguay

Corno fue mencionado en los capítulos anteriores, la educación y la medicina, como instrumentos de control, jugaron un rol preponderante para instaurar una nueva moral, más acorde al orden burgués, es decir, a la ideología predominante.

Ya desde el siglo XVII, Jan Amos Comenio, establece como una de las grandes utopías pedagógicas: la pansofía, entendiéndose por ésta el fin primordial de la educación, procurándose una educación para todos, donde todas las personas pudieran conocer lo mismo y del mismo modo. (Vain, 2011)

De este modo, los postulados de Comenio implican asemejar igualdad/homogeneidad, la escuela aparece como un instrumento de control de cuerpos. Pudiendo ser vista como: "(...) fabricación, como reproducción permanente, se torna un dispositivo homogeinizador, oculto detrás del discurso "políticamente correcto" de la igualdad de derechos, de la educación para todos". (Vain, 2011: 2)

Así, en la modernidad, momento de auge del desarrollo industrial, surge la escuela como instrumento productor de fuerza de trabajo necesaria para un efectivo crecimiento económico, del mismo modo que, se requiere de éste instrumento para promover y reproducir la ideología dominante (Vain, 2011). Ello, se ejemplifica claramente al decir que:

"(...) Un sistema de enseñanza no es otra cosa que el medio de distribuir, en un tiempo dado, la mayor instrucción posible al mayor numero de alumnos. Para conseguirlo, la escuela se convierte en una fábrica, en una usina de construcción, dotada para ello de material suficiente, de los maestros necesarios, local adecuado para que juegue, sin embargo, el sistema de procedimientos, y enseguida un método de proceder en la enseñanza que distribuya los estudios con economía de tiempo y mayores resultados". (Narodowski apud Vain, 2011: 3)

En el Uruguay, José Pedro Varela fue quien entre los años 1876 y 1879 promovió una reforma educativa, en el marco del gobierno militar dirigido por Latorre. Quien aprueba dicha reforma a través de la sanción del Decreto – Ley de Educación Común de 1877 (Gonzalez, 2005). Esta reforma establece entre sus pilares:

"(...) extensión de la educación pública a todo el territorio nacional, la participación popular local en la elaboración de los programas de educación, la obligatoriedad de la educación, la laicidad, Comisión Departamental e Inspectores, apuntando a la universalidad de la educación para extender valores moralmente aceptados y lograr la pacificación social; teniendo como objetivos principales la erradicación del analfabetismo, la integración cultural y política de los inmigrantes y crear mecanismos de movilidad social." (Gonzalez, 2005:11-12)

Puede decirse que a través de la educación se pretendió civilizar a la barbarie, disciplinando, homogeneizando a la sociedad para alcanzar el orden deseado por la clase dominante. La cual, pretendía llevar a cabo un proyecto de país moderno (industria, tecnología, trabajadores disciplinados). Esto se reafirma con lo expuesto por Barran:

"la escuela vareliana (...) imprimió a la vez obediencia y el estudio al niño "indómito" de la campaña como al "jugador y pendenciero" de la ciudad." "(...) La escuela estatal vareliana, por fin, gratuita y obligatoria desde 1877, imprimió a la vez obediencia y el estudio tanto al niño "indómito" de la campaña, como al "jugador pendenciero" de la ciudad (...). Maestros, curas, médicos, cuando buscan convencer o imponer conductas y sensibilidades acordes son el nuevo Uruguay burgués despreciador del ocio y adorador del trabajo, partían de la base de que esos valores eran indiscutibles, (...), por lo que los alumnos, fieles y enfermos, solo debían descubrirlos en su interior, es decir, internalizarlos para mejor respetarlos". (Barrán, 1990: 18 - 19)

Se puede decir, siguiendo la línea de pensamiento de Barran, que a partir de la época del novecientos se instaura una nueva sensibilidad, la cual no deja a un lado el disciplinamiento, pero éste pasa a ser en forma más implícita, por medio de la culpa y la vergüenza.

"Una nueva sensibilidad aparece definitivamente ya instalada en las primeras décadas del siglo XX aunque perviven – tal vez hasta hoy – rasgos de la anterior "barbarie". Esa sensibilidad del Novecientos que hemos llamado "civilizada", disciplinó a la sociedad: impulsó la gravedad y el "empaque" al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al "excesivo" ocio antiguo, ocultó la muerte alejándola y embelleciéndola, se horrorizó ante el castigo de niños, delincuentes y clases trabajadoras y prefirió reprimir sus almas, a menudo inconsciente del nuevo método de dominación elegido, y, por fin, descubrió la intimidad transformando a "la vida privada", (...). En realidad, eligió, (...), la época de la vergüenza, la culpa y la disciplina". (Barran, 1990: 11)

Ahora bien, ¿Qué sucede en éste contexto con la educación de las personas en situación de discapacidad? Puede decirse que, así como la escuela comienza a expandirse, procurando la universalización de la educación, incluyendo a gran cantidad de personas ha dicho dispositivo, también excluía a aquellos que no se ajustaban a la norma. Se crean escuelas especiales para aquellos alumnos que no se encuentran dentro de los parámetros de la aludida normalidad, denominándose especial para hacer alusión a lo diferente, a lo anormal, a lo que no es posible educar en la escuela común. (Coincaud y Diaz, 2012)

Es así, que a principios del siglo XX en todo el mundo comienzan a crearse escuelas especiales para aquellos niños que por no seguir con la norma son etiquetados de anormales y, por ende, no están hechos para la enseñanza común. Precisamente, en el Uruguay, Emilio Verdesio es quien crea la Escuela Especial.

De este modo, la educación especial implico:

"(...) la constitución de un campo científico, el campo medico pedagógico (Muel en Castel, 1991), y de un saber poder (Varela, 1995) como las pedagogías correctivas, con la delimitación de instrumentos, clasificaciones, profesionales, instituciones, métodos de enseñanza y funciones sociales especificas para dar atención a los alumnos/as que se significaban como especiales". (Coincaud y Diaz, 2012: 25)

En Uruguay, en 1909 se crea la escuela para personas en situación de discapacidad auditiva, en 1913 la Escuela al Aire Libre, en 1927 la escuela para Ciegos y, en 1930 la escuela para lisiados, mutilados y raquíticos, en 1927 se crean clases diferenciales, para débiles mentales y retrasados pedagógicos y en 1930 la escuela Auxiliar para atender los niños anormales. Así como también, en 1932 se crea el Laboratorio Psicopedagógico Sebastián Morey y Otero, el cual brindaba diagnósticos acerca de los niños con dificultades de aprendizaje. (Gonzalez, 2005)

Ahora bien, ¿las escuelas especiales, de ésta forma, estigmatizan a las personas en situación de discapacidad? Con la creación de escuelas especiales, ¿el orden imperante está quitándose un problema de encima? Pues, siguiendo esta lógica, se aísla, se deja a un lado a la persona en situación de discapacidad.

Resulta imprescindible, para comenzar a problematizar dichas cuestiones, introducir el concepto de discapacidad, visualizando diversos marcos jurídicos a nivel

nacional e internacional, considerándose que dicho concepto en tanto producto social ha variado en función a cada tiempo y contexto histórico.

Vale aclarar que en este trabajo, se ha empleado el término de persona en situación de discapacidad, pues, se sostiene que "la sociedad como colectivo es quien ubica en una situación de algo a alguien, en este caso, ese algo es la discapacidad y ese alguien en un sujeto concreto con alguna deficiencia" (Miguez y Silva, 2012: 85)

Según Vallejos:

"La discapacidad es tradicionalmente considerada como un problema que afecta a individuos, un problema derivado de las condiciones de salud individuales y de deficiencia de algunos sujetos cuyos cuerpos se apartan de los cánones de la normalidad y que, se transforman en objeto de estudio e intervención de la medicina y la pedagogía – con un fin correctivo – cuyos agentes intervienen para normalizar" (Vallejos, 2001: 3).

Así, puede decirse que históricamente la discapacidad, ha sido visualizada desde un modelo medico, en el cual la persona en situación de discapacidad es rotulada, etiquetada como anormal, surgiendo términos tales como: lisiados, mutilados, raquíticos, niños anormales, débiles mentales, con capacidades diferentes, entre otros. De este modo, la persona en situación de discapacidad se transforma en objeto de intervención de la medicina, procurando, por tanto, su rehabilitación, corrigiendo sus anomalías.

De este modo, la persona en situación de discapacidad, al no estar dentro de los tipos ideales del orden hegemónico, es etiquetada por su diferencia, por su anormalidad:

"El punto está en que cuando se cataloga a alguien de "diferente" se le esta quitando las posibilidades reales de desarrollo de sus capacidades innatas y las que vaya adquiriendo; se lo ubica bajo la tutoría y responsabilidad de un ser "completo", "normal", quitándole la condición de ser con capacidad de opinar sobre su vida. Se expropia al sujeto de su derecho de autodeterminación, en función de que los que delimitan y se reconocen dentro de la "normalidad" son quienes se consideran con derecho a tal expropiación". (Miguez y Silva, 2012: 85 - 86)

Ello se reafirma con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), al aprobar en el año 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la

Discapacidad y de la Salud (CIF) en la que se establece la distinción entre las definiciones de deficiencia y discapacidad:

"Deficiencia es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las mentales. Con "anormalidad" se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido". (CIF – OMS / OPS, 2001: 207)

(...) Discapacidad es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)". (CIF – OMS / OPS, 2001: 206)

En las definiciones antes expuestas, más específicamente en la de discapacidad, se hace mención al individuo con una determinada condición de salud que se caracteriza por poseer algún déficit, incorporándose los factores contextuales. Entendiéndose a la discapacidad como resultante de la interacción entre un individuo con una determinada condición de salud y los factores ambientales y personales.

De este modo, en estas definiciones expuestas por la OMS, se continúa conceptualizando a la discapacidad desde una perspectiva médica, en tanto, es concebida como un déficit que la distingue a la persona de quienes no poseen discapacidad. Así, la condición de salud de la persona limita y restringe su participación en su vida cotidiana; impidiendo o limitando a la persona el libre ejercicio de derechos inherentes a toda persona.

Asimismo, en el año 2006, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Entendiéndose por discapacidad:

"Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás" (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006:1).

En esta convención empieza a hacerse latente un cambio de modelo, trasciende el modelo medico y aparece el modelo social, se quita el acento a la condición de salud del individuo concreto, incorporándose al entorno como obstaculizador para que la persona pueda desarrollar una efectiva participación en la sociedad.

"La responsabilidad deja de ser singularizada, del sujeto concreto, para pasar a ser una responsabilidad colectiva, de la sociedad en su conjunto. Descentra al sujeto singular como objeto y se centra en el sujeto colectivo. La discapacidad pasa a ser una responsabilidad colectiva, y la deficiencia una singularización biológica individual (sin cargas valorativas)". (Miguez y Silva, 2012: 85)

Se destaca en dicha definición la idea de evolución, entendiéndose que al ser esta definición producto de una construcción social, es decir, del colectivo de la sociedad, la misma evoluciona, no siendo un concepto acabado, sino que es parte de un proceso en un determinado momento y tiempo histórico. (Miguez y Silva: 2012)

En Uruguay, la ley 18.651, aprobada en el 2010, establece en el artículo Nro. II:

"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" (Ley Nro 18.651 Cáp. I, Artículo II).

Si bien cronológicamente esta definición de discapacidad es posterior a la planteada por la CDPD, aquí aparece nuevamente la discapacidad visualizada como un déficit, aparece el individuo concreto como portador de un atributo (motriz, sensorial, orgánica, visceral, intelectual y/o psíquica) un déficit que limita su integración laboral, educacional, social, familiar, entre otros.

De todas formas, es de destacar la definición planteada por la CDPD, en tanto, marca un hito que procura superar el modelo medico, abriendo camino a un modelo social que permitirá a las personas en situación de discapacidad un verdadero ejercicio de sus derechos, en tanto, sujetos de derecho.

Continuando con la lógica expositiva, resulta preciso definir ¿qué se entiende por discapacidad auditiva? Por discapacidad auditiva se entiende que una persona posee una sordera severa o profunda; estableciéndose que:

"(...) aluden, la primera, a pérdidas muy importantes en la audición, y la segunda, a pérdidas totales. Que ésta sea bilateral significa que la Sordera severa o profunda se da en ambos oídos. Congénita en cuanto a que es de nacimiento; se consideran, también, los casos de niños que desde casi recién nacidos han perdido la audición. No hereditaria hace referencia a niños Sordos hijos de padres Oyentes (...) se habla de Sorderas pre y poslinguística según sean anteriores o posteriores a la adquisición del habla. La Sordera prelinguística genera un

conjunto de alteraciones en el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño." (Miguez, 1997:5)

En relación a la educación para las personas en situación de discapacidad auditiva, ¿existió cierta tendencia a normalizar? En sus orígenes las personas en situación de discapacidad auditiva recibían una educación que tendía a la oralización, en el Uruguay imperó esta tendencia hasta 1987. (Peluso, 1996) Se pretendía, de esta forma que el sordo adquiriera la lengua oral, pues:

"la educación del sordomudo sólo se logrará verdaderamente cuando se cree en él el hábito de un "pensamiento oral" que habrá de capacitarlo para una utilización intelectual directa e inmediata del lenguaje hablado y de la lectura del movimiento de los labios(...)" "Lo que tanto el niño normal como el ciego o el deficiente mental adquieren en forma espontánea no es sólo el lenguaje con sus reglas de uso, sino también los significados que corresponden a las palabras y la habilidad mental que surge de su utilización correcta. Estas dos adquisiciones no ha podido realizarlas el niño sordo, que carece de un lenguaje extenso que le permita comunicarse con su maestro y cuyo pensamiento resulta muy pobre. El profesor proporciona al niño sordo, junto con las palabras, la mayoría de las ideas, o por lo menos la clara conciencia de ellas". (Oleron, 1962: 106 – 107)

Esta cita refleja claramente el método oralista que a través del habla y de la lectura de los movimientos de los labios pretende "aumentar su eficacia y rendimiento, constituye un beneficio material, ya que permite, más rápida y completamente, devolver un mayor número de individuos a una vida social normal y, por consiguiente, productiva." (Oleron, 1962: 114)

Este método sin duda pretende incorporar a las personas en situación de discapacidad auditiva al quehacer social según los parámetros o modelos de normalidad hegemónicos (modelo medico). Impedía a los sordos comunicarse mediante su lengua natural que es la lengua de señas, argumentando que los "gestos" los "ademanes" en nada favorecen a su educación. (Oleron, 1962; Behareis, 1988)

De todas formas, en el Uruguay a partir de 1987 se pone en práctica un plan bilingüe que apuesta al manejo de lengua de señas/lengua oral. Entendiéndose por "lengua":

"en lingüística este término determina la existencia de un sistema lingüístico o una variante del mismo. Una lengua es un instrumento de comunicación que una comunidad utiliza, que tiene una historia y que no es generado ni modificado por

personas individuales, por más influyentes que éstas sean, sino por la comunidad toda en forma impersonal. Las lenguas de señas son el instrumento de comunicación que utilizan las comunidades sordas del mundo, cada una de las cuales es en sí misma una lengua, es decir, un sistema diferente a otras lenguas de señas y orales." (Behareis, 1988: 2)

Podría decirse que a partir del bilingüismo la lengua de señas es considerada como una lengua natural que "se ajusta a las características psicofísicas del sordo". (Peluso, 1996: 88) El bilingüismo, pretende transmitir dos lenguas distintas, lengua oral / lengua de señas, que se actualizan por diferentes canales, uno sonora y otro en forma viso – espacial. (Peluso, 1996) Y a su vez, cada lengua posee una cultura que le es propia, "en la medida que cada uno posee reglas de comunicación específicas, percibe su mundo interno y externo de diferente manera". (Miguez, 1997: 9) Por lo que el bilingüismo deberá ser una educación bicultural.

Precisamente, en Montevideo, en la Escuela Nro. 197 "Ana Bruzzone de Scarone" (la cual fue inaugurada en el año 1910 y debe su nombre a su primera Directora) imparte bilingüismo, por ende, una educación bicultural que transmite tanto la cultura sorda como la oyente.

Pero, siguiendo a Peluso, se puede visualizar en este centro educativo cierta "disputa" entre ambas culturas, en tanto, los llamados educadores sordos no tienen la misma formación que el maestro oyente. Supuestamente las "diferencias" radican en que los educadores sordos no son maestros, poseen titulo de Instructores (curso llevado a cabo por el Instituto Magisterial Superior que tiene una duración de aproximadamente un año) los cuales deberían hacerse cargo del área de lengua de señas y cultura sorda, pero esto no es lo que sucede actualmente. ¿Por qué una persona sorda capacitada no puede impartir sus conocimientos acerca de una cultura que le es propia?

Ante esto, puede decirse que si bien la lengua de señas es reconocida como la lengua natural de la persona sorda (en Uruguay la Ley 17.378 la reconoce lengua natural de la persona sorda en todo el territorio de la República), aún en la actualidad prevalecen ciertas tendencia oralistas; no es menor que se siga impartiendo la lengua oral como forma de integrar al sordo en la sociedad.

En este sentido, resulta necesario pensar en la implementación de políticas educativas inclusivas, pero, ¿Qué se entiende por educación inclusiva?

"En este sentido, la inclusión supone un Sistema Educativo unificado e integrado para todos/as, que conlleva una puesta en cuestión de nuestros sentidos y de nuestras practicas. Se trata de la complementariedad de educación común y de especial para el desarrollo de trayectorias educativas integrales, donde la educación especial no es "foco" de un programa compensatorio, sino que se configura en un conjunto de propuestas educativas y recursos de apoyo, especializado y complementario orientado a mejorar las condiciones de enseñanza y aprendizaje". (Coincaud y Diaz, 2012: 22)

Por tanto, inclusión desde un enfoque social, implica repensar la enseñanza orientada a personas en situación de vulnerabilidad social, buscando los obstáculos que impiden un real aprender para allí poder intervenir, "hay que intervenir produciendo procesos de desnaturalización y desprendimientos instituyentes". (Coincaud y Diaz, 2012: 26)

Se entiende que "es preciso poner en movimiento o reconstruir el proceso de constitución de aquellas creencias naturalizadas en el sentido común y en el pensamiento académico". (Castorina apud Coincaud y Diaz, 2012: 27) En tanto, es necesario reflexionar en torno a los formatos pedagógicos existentes, para que personas que trabajan en los ámbitos de la educación común y especial puedan romper con la brecha existente entre lo especial y lo común, así abrirse paso hacia la inclusión, que implica dejar a un lado la "normalidad construida". (Coincaud y Diaz, 2012: 27)

En este sentido, puede decirse que inclusión no implica aprender todos/as lo mismo, "La inclusion educativa significa que el curriculum prescripto, en tanto la corriente principal del curriculum, debe ser revisado y reconstruido para que incluya los intereses y las perspectivas de todos/as, y especialmente la de los menos favorecidos, los que se significan diferentes desde la perspectiva escolar". (Coincaud y Diaz, 2012: 28)

Siguiendo a Connell,

"la educación es un proceso que opera mediante relaciones, que no se pueden neutralizar ni cambiar para que incluyan en su propia esencia la posibilidad de una distribución igual del bien social (...) De esta manera los contenidos escolares significaran y les reportará aportes diferentes a los alumnos de diferentes experiencias sociales". (Connell apud Coincaud y Diaz, 2012: 28)

Así, el curriculum único esta actuando como promotor de una educación homogeizante, basada en la injusticia, sin considerar los intereses de todos/as, solo los de unos pocos, es decir, los de la clase dominante.

Es en esta concepción de una educación que tiende a la unificación, a la homogeinización, así como a la rehabilitación, que se gestan las bases de un nosotros por sobre un otros, donde lo que se promueve es el niño normal esperado por la escuela, acentuándose la estigmatización hacia ese otro. (Coincaud y Diaz, 2012)

Esta tendencia normalizadora de la escuela interpela al colectivo social, entendiéndose que es en este ámbito donde las personas construyen su identidad, su subjetividad, lo que sin lugar a dudas repercute en su accionar y desarrollo de su proyecto de vida. (Coincaud y Diaz, 2012)

Ante lo expuesto, surge la interrogante acerca de qué aportes podría realizar el Trabajo Social en pos de la inclusión educativa. A modo de comenzar a desentrañar dicha interrogante, se entrevistó para la realización de este documento, a Trabajadoras Sociales que trabajan en el ámbito educativo. Así, en relación a la inclusión educativa una de ellas expresaba:

"creo que desde el trabajo social solo eso se puede hacer trabajando con grupos pequeños, y con algunos docentes, pero no muchos, porque los docentes no están preparados para eso, me parece a mí, pero no están en general no están, cuando los chiquilines les plantean algo como diferente o tratar de... ahí están como siempre a la defensiva (...) Yo trabaje en la escuela Roosevelt muchos años y ya era difícil cuando terminaban la escuela integrarlos al liceo, que el liceo que estaba cerquita, aceptara que el chiquilín fuera con silla de ruedas. Yo creo que el trabajo social es el único que lo hace, (...) yo creo que los aportes del trabajo social en la integración son importantísimos. Cuando vas a incluir a un chiquilín en una escuela tenes que trabajar con los docentes, tenes que trabajar con los padres de los alumnos y con los propios alumnos." (Entrevista a Trabajadora Social en ámbito educativo – CODICEN- pág. 10-11)

Asimismo, se consultó acerca de los aportes del Trabajo Social en el campo educativo:

"El licenciado en trabajo social y o asistente social es un profesional que fundamenta su practica en el código de ética, que en estas instituciones muchas veces hay que traerlo, de reglamentación profesional como una actividad educativa, todo lo que dice, promocional, preventiva y asistencial y que colabora en el pleno desarrollo de los derechos humanos, que el trabajo social se integra a

la dinámica de la institución educativa con la posibilidad de aportar su saber disciplinar y su practica profesional, (...)El trabajador social al integrarse al equipo interdisciplinario promueve un abordaje psico socio educativo en los siguientes niveles de intervención, equipo de dirección, estudiantes, docentes, familia y comunidad. Trabajo que relaciona afectivamente con los distintos actores que hacen al desarrollo del quehacer técnico profesional en el marco de los derechos humanos, en el código de la niñez y la adolescencia teniendo en cuenta enfoque de género, generacional y diversidad (...) Promueve el desarrollo de trabajo en red que puedan dar respuestas alternativas a la diversidad y necesidad para ampliar la posibilidad de favorecer aquellas que mejoren las condiciones de vida de las y los estudiantes y sus familias".(Entrevista a Trabajadora Social en ámbito educativo – integrante de equipos interdisciplinarios de Consejo Educación Secundaria- pág. 4-5)

Agrega otra entrevistada, "(...) el rol es muy difícil de defender, y eso que cada vez se habla más pero todavía mantenemos aquello, yo no sé si en otros países es igual, pero mantenemos eso que el trabajador social tiene que ir a visitar a la casa (...)" (Trabajadora Social en ámbito educativo – CODICEN- pág. 6)

Ahora bien, ¿el que continúe presente la idea de "visita domiciliaria" como función primordial del desempeño disciplinar, será porque de esta forma se contribuye a la "normalidad construida"? continuando con la línea de análisis, cabe reflexionar acerca de cómo puede ser que continúe presente esta terminología de "visita domiciliaria", ¿será que esto traduce la persistencia de prácticas profesionales aún arraigadas al modelo higienista? ¿O se debe sólo a una expresión no actualizada de las prácticas profesionales?

Del mismo modo, en relación a las resistencias que manifiestan las entrevistadas por parte de las instituciones educativas hacia el trabajo en red ¿será porque de esta forma se podrían generar alternativas hacia una educación inclusiva?

Asimismo, las entrevistadas expresan que, por un lado, se solicita la presencia del Trabajo Social en las instituciones educativas, se requiere de su intervención, pero por otro, cuando éstas intervienen se las interpela, se las cuestiona. ¿Será porque el Trabajo Social promueve prácticas instituyentes en pos de la inclusión educativa? Pero del mismo modo, cabe preguntarse ¿por qué se solicita la presencia del Trabajo Social?

Para finalizar, en este capítulo, se desarrollo una aproximación a la génesis de la educación, así como de la educación especial, visualizando cuán arraigada se encuentra a la "normalidad construida" (Coincaud y Diaz, 2012: 27). Del mismo modo, se procuró acercar las concepciones de discapacidad, aportando con el marco jurídico nacional e internacional las implicancias del enfoque positivista y el enfoque social. Por último, se reflexionó en torno a la inclusión educativa y a los aportes del Trabajo Social en pos de ello.

Capítulo IV

Presentación analítico reflexiva acerca de los aportes del Trabajo Social en proceso de inclusión educativa. Estudio de la experiencia en la escuela especial nro. 197

Como fue mencionado, en este capítulo se procura realizar un acercamiento hacia los aportes del Trabajo Social en pos de la inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes sordos que asisten a la escuela especial nro. 197 "Ana Bruzzone de Scarone" para personas en situación de discapacidad auditiva.

Por ello, resulta preciso explicitar que el articulo nro. Il de la ley orgánica del año 1958, establece entre sus fines, tres pilares fundamentales, la investigación, la docencia y, la extensión. Entendiéndose por la última, "(...) El modelo de relacionamiento con el medio que la Universidad debe fortalecer, jerarquizando su función orientadora de la política universitaria. Con esto nos referimos a la necesaria articulación de la extensión universitaria también con investigaciones que desarrolle la Universidad". (Documento FEUU apud GEDIS nro. 28, 2008: 10).

Con este fin, se comenzó a desarrollar en el año 2007 el Proyecto de Extensión Universitaria: "Fortalecimiento y potencialización del área social en Escuelas Especiales", a partir de un acuerdo entre la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y el Grupo de Estudio sobre Discapacidad (GEDIS), perteneciente al Departamento de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales. Este acuerdo permitió la implementación de prácticas pre – profesionales en diversas escuelas especiales, tanto del interior como de la capital del país.

Por tanto, a partir del año 2007, comienzan a realizar sus prácticas preprofesionales estudiantes de tercer y cuarto año de la Licenciatura en Trabajo Social, en la escuela especial nro. 197.

Vale decir, que al momento de pensar en el presente capítulo surge la interrogante acerca de cómo hacerlo, cómo identificar los aportes del Trabajo Social

en pos de la inclusión educativa. Para ello, se tomaron en cuenta informes de devolución de las/os estudiantes de Trabajo Social, durante el periodo 2008 – 2011³.

Del mismo modo, sirve como insumo, considerar que la autora de este documento, formó parte de este proyecto de extensión durante cuatro años, desempeñando dos años su práctica pre – profesional como estudiante y dos años como referente de campo. Aspecto que no solamente movilizó para la elección del tema a tratar en esta monografía, sino que también le permitió impregnarse de experiencias concretas, vivencias de la cotidianeidad institucional (de la escuela) así como de las prácticas del Trabajo Social.

Otro aspecto a tomar en cuenta, es que pueden distinguirse dos líneas de trabajo en las prácticas pre - profesionales del Trabajo Social, pudiéndose discernir aquellas más abocadas al trabajo con grupos, territorio y comunidad (estudiantes de tercer año), de aquellas más tendientes al trabajo con situaciones familiares (estudiantes de cuarto año)⁴. De todos modos, a través de este proyecto de extensión, se promueve el trabajo en conjunto entre estudiantes de ambos años, fomentando espacios de encuentro y reflexión en torno a sus prácticas⁵.

Ahora bien, ¿qué aportes pudieron discernirse desde el Trabajo Social en pos de la inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes sordos en la escuela especial nro. 197? A través del análisis y reflexión de los informes de devolución de los/as

³ Vale decir, los informes de devolución, son los que se les entrega a las familias y a la institución una vez finalizado el año curricular de práctica. Asimismo, se toma como referencia este periodo (2008 – 2011), pues, se hizo dificultoso recabar dichos informes, pudiéndose lograr la autorización de la docente encargada de dicha área entre los años 2009 – 2011, de la materia metodología de la intervención profesional III (MIP III). Del mismo modo, se contó con la autorización y el aporte de las/os estudiantes autores del material utilizado, destacándose que los informes utilizados del año 2008 son de autoría de quien suscribe el documento.

⁴ Esta distinción se realiza a partir del Plan de Estudios 1992 de la Licenciatura en Trabajo Social, donde estudiantes de tercer año de la materia Metodología de la Intervención Profesional II (MIP II) trabajan a nivel macro: grupo, territorio, comunidad. Debiendo los estudiantes de cuarto año de la materia metodología de la intervención profesional III (MIP III) trabajar a nivel micro con situaciones familiares. De todos modos, se destaca un cambio de Plan de Estudios a partir del 2009, aspecto que por el periodo que se considera en esta investigación, no modifica demasiado el trascurso de las practicas pre – profesionales de Trabajo Social en esta escuela.

⁵ Este marco curricular refiere al Plan de Estudios anterior, 1992, no vigente actualmente. Se destaca, que con la propuesta actual, es decir, Plan de Estudios 2009, esta lógica de integralidad se reafirma y reproduce.

estudiantes, pueden visualizarse varios ejes de trabajo desde el Trabajo Social en esta escuela.

Uno de ellos y más en consonancia con el capítulo I de este documento, refiere a la labor desde la disciplina, de deconstrucción de ciertas prenociones, prejuicios institucionales en relación a los niños, niñas y adolescentes sordos que asisten a dicha institución. Es decir, se promueven prácticas tendientes a desnaturalizar la "normalidad construida", (Coincaud y Diaz, 2012: 27) por tanto, tendientes a desvalorizar el par normal – anormal, nosotros – otros.

Así, el Trabajo Social busca romper con la lógica de la normalidad, sustentado sus prácticas en la noción de sujeto de derecho, procurando superar el enfoque positivista que visualiza a la persona en situación de discapacidad como objeto de intervención y no como sujeto de derecho.

Tomándose como referencia uno de los informes devolución de los/as estudiantes de Trabajo Social, puede visualizarse claramente la lógica de intervención:

(...) las primeras líneas de intervención centradas sobre todo en la construcción de un espacio de confianza con "María" que le permita tanto repensar algunas situaciones como desarrollar algunas de sus potencialidades y fundamentalmente, sentir que contaba con un espacio de contención en el que pudiera hablar de lo que quisiera, cómo y cuándo quisiera. Vale destacar que las estrategias de intervención pensadas se fundamentaron siempre en el hecho de considerar a la niña como pleno sujeto de derechos y los principales objetivos de las mismas fueron disminuir la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba al momento de inicio de la intervención." (Informe devolución estudiante de TS, materia MIP III, año 2010) ⁶

Precisamente, el Trabajo Social sustenta su quehacer profesional a través de su código de ética, el cual establece entre sus fines y principios fundamentales:

"Compromiso con el pleno desarrollo de los Derechos Humanos de individuos, grupos y otros colectivos, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales derivados o complementarios de la misma."

⁶ Se aclara que los nombres de las personas con las que se trabajó han sido sustituidos por la autora de esta monografía, a modo de preservar el secreto profesional.

"Defensa y profundización de la ciudadanía, en sus aspectos civiles, sociales, económicos, culturales y políticos, promoviendo el acceso real a los bienes materiales y culturales producidos socialmente, sin discriminación de género, edad, opción sexual, etnia, condición social, económica, opción religiosa o política." (Código de ética para el Servicio Social o Trabajo Social del Uruguay, 2001: 3)

Aquí, claramente aparece dentro de los principios fundamentales del ejercicio disciplinar, la promoción de acciones tendientes a profundizar la noción de ciudadanía, así como el desarrollo de los Derechos Humanos de los individuos.

Siguiendo con la lógica expositiva, otro de los ejes de trabajo que desarrolla el Trabajo Social en esta institución y que está más vinculado al segundo capítulo del presente documento. Refiere al proceso de medicalización de lo social, en tanto, resulta un desafío permanente para la profesión instituir en el centro educativo acciones tendientes a la desmedicalización de lo social. Desde la disciplina, se trabaja partiendo de una noción del individuo en su integralidad y no definido como déficit; se intenta trascender con las rotulaciones y etiquetas de "discapacitado".

En sucesivos informes devolución de los/as estudiantes de Trabajo Social aparecen claras expresiones con tendencias a normalizar, tales como: "(...) la demanda concreta fue "problemas de mal comportamiento", relacionadas con la "inquietud" y "falta de límites"." (Informe devolución estudiante de TS, materia MIP III, año 2011)

En otro informe se expresa:

"(...) las maestras (...) manifiestan la preocupación por la "falta de límites" que el niño tiene y agregan que esto se debe a que "tiene una mamá muy joven" (...) Además agregan que el niño es "muy inquieto y agresivo" y que "no presta atención a las actividades propuestas en la clase", dadas estas manifestaciones del niño se lo deriva, a través de un informe de las maestras, a un Psiquiatra Infantil (que no maneja Lengua de Señas – LSU-), que lo medica con Risperidona (en gotitas)." (Informe devolución estudiante de TS, materia MIP III, año 2009)

Asimismo, en lo que respecta al proceso de medicalización de la sociedad y las implicancias del Trabajo Social en dicho proceso, puede visualizarse que aún quedan vestigios de aquellas visitadoras sociales en el imaginario colectivo. Aparece desde la institución y desde algunas de las familias con las que se trabaja la noción de control social desde el Trabajo Social, persistiendo connotaciones higienistas desde las

demandas y planteos que se realizan. Tomando como ejemplo uno de los informes devolución de las/os estudiantes de Trabajo Social, allí se expresa:

"Vale aclarar, que en el caso de "Juana" (madre de "Pedro") solo se lograron efectuar dos instancias de entrevista, dado que su imaginario acerca del Trabajador Social como agente de "control" de sus condiciones de vida, hizo que ésta no sea receptiva al trabajo con la estudiante" (Informe devolución, estudiante de TS, materia MIP III, año 2009)

En este sentido, puede observarse desde las intervenciones de los estudiantes, tanto con las familias, con docentes y funcionarios no docentes de la institución, así como con los propios alumnos de la misma, la continua búsqueda y promoción de espacios de encuentro, de debate, de problematización de aspectos que hacen a la superación del modelo hegemónico en pos de un modelo social que considera al individuo en su integralidad en desmedro de rotulaciones, que indudablemente repercuten en la construcción de identidad de estos niños/as y adolescentes sordos.

Siguiendo el Código de Ética de la profesión, se hace necesario promover una ética que reafirma la libertad de las personas negando los valores hegemónicos, en pos de una libertad que permita a las personas ser protagonistas de sus vidas, es decir, que tengan la posibilidad de escoger sobre ella.

"Entendemos la ética como un espacio de reafirmación de la libertad, por lo tanto, como posibilidad de negación de los valores mercantilistas, autoritarios, utilitaristas e individualistas que fundan la moralidad dominante en la sociedad capitalista. Como profesionales, tenemos la responsabilidad de defender una ética que reafirme la capacidad humana de ser libres, o sea de escoger concientemente, con protagonismos, las alternativas para una vida social digna (...) Pero es necesario establecer las mediaciones de esa proyección social en la profesión, o sea traducir los valores de emancipación humana en la práctica cotidiana" (Código de ética para el Servicio Social o Trabajo Social del Uruguay, 2001: 2)

Se considera primordial desde la disciplina la transmisión de valores, mediante la práctica cotidiana, en pos de la desmedicalización de lo social, entendiéndose que ese es el camino para que las personas puedan ser protagonistas de sus vidas, por tanto, que tengan la posibilidad de elegir sobre ella.

Siguiendo con la lógica expositiva, otro de los ejes de trabajo que promueve el Trabajo Social en esta institución y más vinculado al capítulo III del documento. Es en torno al proyecto de vida de los niños/as y adolescentes sordos que asisten a la

misma. Es decir, se apuesta a una lógica de intervención en el campo de la discapacidad, que se desarrolla en la educación especial, que entiende la inclusión educativa desde una visión inclusiva.

Es decir, se entiende al individuo en su complejidad que lo determina y que él mismo produce, entendiéndose que no es posible trabajar en pos de la inclusión educativa si se dejan a un lado aspectos tales como las proyecciones que realizan los niños/as y adolescentes sordos sobre si, las expectativas que depositan a su futuro, la construcción de su identidad, entre otros.

Así, tomando como referencia uno de los informes de devolución de las/os estudiantes de Trabajo Social, queda explicitado lo antes mencionado:

"Tomando en cuenta que el alumno está próximo al egreso escolar, se trabajó en torno a su proyecto de vida, sus gustos e inclinaciones; para así brindarle a la familia una guía de recursos para Personas con Discapacidad Auditiva, con el objetivo de ampliar su campo de posibilidades." (Informe de devolución. estudiante de TS, materia MIP III, año 2009)

Finalizando, en este capítulo se pretendió realizar una aproximación a los aportes del Trabajo Social en pos de la inclusión educativa de los niños/as y adolescentes que asisten a la escuela especial nro. 197. Se tomaron como punto de partida, para el ejercicio analítico – reflexivo de las intervenciones del Trabajo Social, los informes de devolución elaborados por estudiantes de dicha disciplina, así como los aportes teóricos expuestos en los capítulos anteriores.

Reflexiones finales.

A través de ésta monografía, se buscó hacer una aproximación a los aportes del Trabajo Social en pos de la inclusión educativa, en la experiencia concreta de la escuela especial nro. 197 para personas en situación de discapacidad auditiva. Pudiéndose discernir ciertos obstáculos que determinan dicho proceso, en particular, ciertos valores, pautas hegemónicas que se han trasmitido en el proceso de medicalización de lo social.

Se pretende homogeneizar, controlar y predecir el comportamiento de la población, especialmente, de sectores que no son reconocidos como sujetos de derecho en la práctica diaria de la institución, siendo excluidos del quehacer social pero, a través de variados dispositivos de control como: familia, escuela, medicina, son controlados por el orden hegemónico.

Ante lo expuesto, cabe preguntarse, por qué el afán de controlar a la población de alumnos sordos, en este sentido, si se considera que lo normal, adquiere legitimidad a partir de su opuesto, es decir, de lo anormal ¿será que a partir de estas personas que no son reconocidas como sujetos de derecho, el proceso de medicalización de lo social se legitima? En definitiva, ¿las personas en situación de discapacidad estarían legitimando el enfoque positivista? Si así lo fuera ¿este es uno de los obstáculos en pos de la inclusión educativa?

A través de una breve recopilación histórica de los contenidos de la educación en el Uruguay, en particular de la educación especial, se ha podido observar que no se ha logrado superar la situación de exclusión que enfrentan las personas en situación de discapacidad.

En este sentido, se ha vislumbrado a través del marco jurídico internacional, un hito fundamental, en tanto, comienza a superarse el enfoque medico en la concepción de discapacidad, abriendo paso al enfoque social, donde el entorno es visto como obstáculo en la participación social de las personas en situación de discapacidad. De todos modos, aún persisten claras resistencias desde el modelo hegemónico, que sigue siendo el modelo médico, un ejemplo de ello, en Uruguay es la ley 18.651, aprobada en el 2010.

La evolución del Trabajo Social, posibilita analizar sucesivamente hacia donde se encamina el quehacer disciplinar, esto es, en un contexto de medicalización de lo social, puede ser vista como una profesión complementaria, subalterna a la medicina, incluso el Trabajo Social es quien operativiza ciertas políticas sociales, produciendo y reproduciendo una moral hegemónica, más disciplinada. Pero, paralelamente, a modo de ejemplo, en la sanción del Código del Niño (periodo terrista en Uruguay) aparece el Trabajo Social como promotor de derechos que son inherentes a toda persona.

En el entendido de que el Trabajo Social fundamenta su cuehacer mediante su código de ética, como profesión promotora del desarrollo de los Derechos Humanos, así como de una ética emancipadora, que persigue superar valores hegemónicos en pos de individuos libres, esto es, de individuos que tengan la posibilidad de elegir. ¿Puede pensarse que el Trabajo Social, a través de su quehacer profesional, esta promoviendo prácticas instituyentes?

A través de entrevistas que se realizaron a Trabajadoras Sociales que desarrollan o han desarrollado su quehacer disciplinar en el ámbito educativo, pudo constatarse, que por varias circunstancias, son escasos los profesionales en la educación. Ante esto, cabe preguntarse, ¿existe en el ámbito educativo una comprensión acabada del rol del Trabajador social?

Se reafirma en estas reflexiones finales, algunos de los aspectos que parecen esenciales en el desarrollo del Trabajo Social en la escuela especial 197, como ser la introducción de una visión que vaya rompiendo con los cánones institucionalizados del par normalidad – anormalidad, incorporando el enfoque social, entendiendo que el ser un sujeto de derecho no es meramente una formulación del derecho positivo, sino que se haga efectiva su realización como un Derecho Humano que permita el libre ejercicio de sus potencialidades.

Del mismo modo, como fue señalado, otro de los ejes de trabajo del Trabajo Social en la institución, es la acción decidida de ruptura con la concepción de medicalización de lo social, apuntando a desterrar los rótulos de lo deficitario, de la falta de, animando el ejercicio real de su condición de ciudadano.

Asimismo, otro aspecto a considerar en el quehacer del Trabajo Social en esta organización, refiere al proyecto de vida de estos niños/as y adolescentes, las expectativas que tienen sobre ellos mismos, así como al reconocimiento de su propia identidad.



En este sentido, es que se consideran relevantes los aportes desde el Trabajo Social en la escuela especial 197., esto es, desde una profesión que se posiciona en un enfoque social, destacando los obstáculos que presenta un entorno para la real participación en la sociedad de la persona en situación de discapacidad y no etiquetándola de "discapacitada", "inútil" o "especial". Considerando a la persona como sujeto de derecho y no como objeto de intervención, desnaturalizando y problematizando las prenociones, valores, rótulos y tendencias normalizadoras, en definitiva, promotora de una educación inclusiva.

Bibliografía.

Acosta, L. (2006) Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social. En: Temas de Trabajo Social, equipo Trabajo Social del ciclo básico. Universidad de la Republica, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Uruguay.

Almeida, M.A. (2009) Exclusión y discapacidad: entre la redistribución y el reconocimiento. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp. 142 – 155). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Almeida, M.E. Angelino, C. Priolo, M. Sánchez, C. (2009) Alteridad y discapacidad: las disputas por los significados. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.11 – 31). Buenos Aires Argentina: Ed: Noveduc.

Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras), (2009) Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit. Buenos Aires: Ed: Noveduc

Angelino, M.A. (2009) La discapacidad no existe es una invención. De quienes fuimos (somos) en el trabajo y la producción. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.1 – 11). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Angelino, M.A. (2009) Ideología e Ideología de la normalidad. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.76 – 93). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Barcelo, L. Mensa, G. (1999) Una Experiencia de Trabajo Interdisciplinario. En: Agresividad, violencia y límites. Temas de la agenda escolar contemporánea. (pp.69 – 74) Uruguay: Ed: qu educa FUM – TEM.

Barrán, J.P. (1990) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo I. La cultura bárbara (1800 – 1860). Montevideo: Ed: Banda Oriental.

Barrán, J.P. (1990) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II. El disciplinamiento (1860 – 1920). Montevideo: Ed: Banda Oriental.

Behareis, L. (1988) *Lengua de señas uruguaya: su componente léxico básico*. Uruguay.

Bentos, L. Mensa, G. Nuñez, I. (1994) Educación y servicio social. En: Demandas y oportunidades para el trabajo social. Nuevos escenarios y estrategias. V congreso nacional de trabajo social en el Uruguay (pp.103 – 121). Montevideo, Uruguay: Ed: EPPAL.

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Ginebra: OMS.

Código de ética profesional del Servicio Social y/o Trabajo Social en el Uruguay. (2001) Uruguay: ADASU.

Coincaud, C. Diaz, G. (2012) Hacia una educación inclusiva. Reinventar las prácticas curriculares, más allá de las políticas educativas. En: revista RUEDES año 2, nro. 3. Argentina. Pp: 18 - 38

Organización de las Naciones Unidas. (2006) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Washington.

Corrosa, N., Lopez, E. Monticelli, J.M. (2006) El Trabajo Social en el área educativa. Desafíos y perspectivas. Buenos Aires: Ed: Espacio.

Donzelot, J. (2008) *La policía de las familias. Familia, sociedad y poder.* Traducción de Alejandra Falcón. Argentina: Ed: Nueva Visión.

Filgueira, C. Filgueira, F. (1995) El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay. Montevideo: Ed: Kellogg Institute.

Foucault, M. (1990) Tecnologías del yo y otros textos afines. Barcelona: Ed: Paidós.

Foucault, M (1991) Saber y Verdad. Madrid: Ed: La Piqueta.

Foucault, M. (2002) Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Argentina: Ed: Siglo XXI Editores Argentina.

Frankel, D. (2008) Medicalización de la vida: salud pública y eugenesia social. 1er ed. Remedios de Escalada. Argentina: Ed: UNLa – Universidad Nacional de Lanús.

García, A. L. (2005) La categoría exclusión social como mediación en la construcción de la identidad de las personas con Discapacidad. Monografía Final. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Uruguay.

González, A. (2005) Educación y discapacidad; ¿la educación en Uruguay excluye la capacidad de incluir? Monografía Final. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Uruguay.

Grupo de Estudio sobre Discapacidad (GEDIS), (2006) Los hijos de Rita Lina. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Uruguay.

Grupo de Estudio sobre Discapacidad (GEDIS), (2008) Documento de Trabajo Nº 28. Proyecto de Extensión Universitaria: Fortalecimiento y potencialización del área social en Escuelas Especiales de Montevideo, Florida y Salto, de manera de promover la inclusión de los niños/as y adolescentes que allí concurren en tanto sujetos de derecho con discapacidad. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Montevideo.

Kipen, E. Lipschitz, A. (2009) Demasiado Cuerpo. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp. 64 – 76). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Kipen, E. Vallejos, I. (2009) "La producción de la discapacidad en clave de ideología". En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.93 – 111). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Kruse, C. (1986) Servicio Social y Educación. Buenos Aires: Ed: HVMANITAS.

Lasch, C. (1991) Refugio num mundo sem coracao. A familia: santuario ou instituicao sitiada? Traducao de Italo Tronca e Lucia Szmrecsanyi. Rio de Janeiro: Ed: 1er ed Paz e Terra.

Ley Nro. 16.095. (1989). Sistema de protección Integral a las personas discapacitadas. Uruguay.

Ley Nro. 17.378 (2002) Reconocese a todos los efectos a la Lengua de Señas Uruguaya como la lengua natural de la persona sorda y de sus comunidades en todo el territorio de la republica. Uruguay.

Ley 18.651. (2010) Protección Integral de Personas en Situación de Discapacidad. Uruguay.

Miguez, M. N. (1997) Diferentes culturas en un mismo hogar: niños sordos con padres sin antecedentes de discapacidad auditiva. Monografía Final. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Montevideo Uruguay.

Míguez, M. N. (2003) Construcción social de la discapacidad a través del par dialéctico Integración- Exclusión. Tesis de Maestría. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Federal de Rio de Janeiro. Montevideo, Uruguay.

Miguez, M. N. (2009) La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva en la niñez de contexto crítico En: *revista Fronteras* nro. 5. Montevideo, Uruguay.

Miguez, M.N. Silva, C. (2012) La educación formal como instituido que media los procesos de inclusión / exclusión de las personas en situación de discapacidad. En: revista RUEDES año 2, nro. 3. Argentina. Pp: 78 – 91.

Morin, E. (1994) Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Ed: Gedisa.

Murillo, S. (1996) El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno. Buenos Aires: Ed: Oficina de Publicaciones de CBC.

Oleron, P. (1962) La sordomudez. Argentina: Compania general fabril editora.

Ortega, E. (2008) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista. Tesis de Maestría. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Federal de Rio de Janeiro. Montevideo, Uruguay.

Peluso, L. Larrinaga, A. J. (1996) Los sordos y la lengua oral: una aproximación al español de la comunidad sorda de Montevideo. Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de publicaciones. Uruguay.

Rosato, A. (2009) Para seguir siendo y seguir estando: las nuevas preguntas. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.155 – 163). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Sánchez, C. Zuttión, B. (2009) La exclusión como categoría de análisis. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.112-120). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Spadillero, A. (2009) La producción social de la discapacidad en las diferentes dimensiones de lo barrial. Plaza accesible / Plaza para discapacitados. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.31 – 45). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Tommasino, A. (2005) Peter Pan quiere crecer: Educación Especial. ¿Carta de ciudadanía para el "país de nunca jamás?. Tesis de Maestría, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Uruguay.

Vain, P. (2011) El mito de la escuela inclusiva ¿puede ser la escuela un lugar para lo diferente? En: Seminario Latinoamericano "Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina". Organizado por Red Latinoamericana y del Caribe sobre Discapacidad y Derechos Humanos y la Universida Nacional de Entre Rios. Paraná, Argentina.

Vallejos, I. (2001) La producción social de la discapacidad. Una apuesta de ruptura con los estereotipos en la formación de trabajadores sociales. En: IV jornadas nacionales "universidad y discapacidad". Facultad de Trabajo Social - UNER. Argentina.

Vallejos, I. (2009) La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.46 – 64). Buenos Aires: Ed: Noveduc.

Vallejos, I. (2009) "La discapacidad diagnosticada y la certificación del reconocimiento". En: Angelino, M. A. Rosato, A. (Coordinadoras). Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit (pp.120 – 142). Buenos Aires: Ed: Noveduc.