

MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EDUCACIÓN

**“EDUCACIÓN Y SALUD.
INTERSECCIONES EN POLÍTICAS PÚBLICAS”**

Maestranda: MARÍA BELÉN SANCHEZ

Director: DR. CARLOS SKLIAR

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS**

Reconquista, mayo de 2016.

Buenos Aires, 24 de abril de 2016.

Sres. Maestría en Políticas Públicas para la Educación

Universidad Nacional del Litoral,

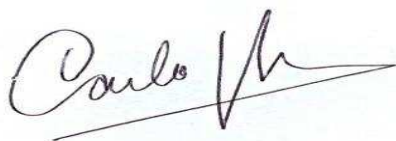
Facultad de Humanidades y Ciencias

De mi mayor consideración:

A través de la presente quisiera expresar que la tesis de maestría: "Educación y Salud. Intersecciones en Políticas Públicas" se encuentra concluida, y dar así mi aval como director para que sea presentada y ser evaluada según los mecanismos en vigencia.

Atentamente,

Carlos Skliar

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Skliar', with a long horizontal stroke extending to the right.

CONICET/FLACSO

Agradecimientos

A la Universidad Nacional del Litoral:
A la Facultad de Humanidades y Ciencias. A su Decano.
A las Secretarías de Planeamiento y Posgrado.

Al Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe.

A todos ellos, por esta maravillosa oportunidad.

A Graciela Frigerio, por su presencia generosa, su confianza y su hospitalidad. Por la invitación a pensar.

A Milagros Sosa Sállico, por su amabilidad, paciencia y acompañamiento.

A Carlos Skliar, por su lectura atenta, su tiempo y su proximidad. Por la posibilidad de conversar sobre esta “tercera cosa” llamada tesis.

A los demás maestrandos, por los momentos compartidos.

A Nadia Ramseyer, una amiga. Por su ojo clínico, en general, y para la sintaxis, en particular.

A mis papas, Alicia y Miguel, grandes trabajadores de la educación y la salud.

A mi hermana Agustina, por su complicidad sin condiciones.

A Nicolás, por su amor y su aliento.

ÍNDICE

-Resumen.....	6
-Historia de unas preguntas y (pre)ocupaciones, sin decir había una vez.....	11
-Consideraciones acerca de Educación y Salud.....	15
Primera consideración. Sobre una cierta historicidad a construir.....	15
Segunda consideración. Sobre el sentido de las palabras.....	16
Tercera consideración. Sobre Educación.....	18
Cuarta consideración. Sobre Salud.....	22
Quinta consideración. Sobre el Cuerpo en Educación y Salud.....	29
Sexta consideración. Sobre lo común.....	33
-El analizador, un provocador.....	35
-Entrevista a Supervisora de la Modalidad de Educación Especial.....	39
-Primer analizador: La Modalidad de Educación Especial. ¿Lo comúnmente especial o lo especialmente común de la educación?.....	42
Lo especial, lo espacial.....	42
Lo especial, más de/para lo mismo. Hacia un sistema educativo integrado e integrador.....	47
Lo especial, una modalidad transversal. Inclusión y Discapacidad.....	56
¿Lo comúnmente especial o lo especialmente común de la educación?.....	62
-Segundo analizador: La Modalidad de Educación Hospitalaria y Domiciliaria. Saludes, la necesidad de otros y de lo común.....	65
Antes de la Modalidad: Resabios de la Educación Especial y la Pedagogía Hospitalaria.....	65

La Modalidad educativa en nuestro tiempo y lugar.....	67
Saludes (en plural). Problematizaciones.....	74
Bonneuil Sur-Marne. Otra modalidad de hacer escuela.....	78
Sobre la inagotable necesidad de otros y de lo común.....	83
-Tercer analizador: La (renovada) modalidad de tratamiento de las infancias y las diferencias en la Educación común.....	85
La modalidad que no hospitaliza pero enferma.....	85
Del espectro y sus sombras, o lo que se ensombrece.....	89
Sobre Dislexia y lo que no se deja escribir.....	94
Prestar, pagar, deber, devolver... ¿atender?.....	99
Trayectorias escolares singulares como posibilidad de lo común.....	106
-Cerrando para abrir. Resignificando Intersecciones y ensayando otras posibles para borrar el por siempre jamás. Políticas que sostengan el continuará.....	109
-Bibliografía.....	115

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo debatir las intersecciones entre educación y salud, en el marco de las políticas públicas. Es una investigación de tipo exploratoria y con enfoque diacrónico. El camino seguido procede de una reflexión acerca de los efectos generados en las infancias por el entrecruzamiento del discurso de salud y/o médico con el educativo. Preocupaciones acerca de la división, segregación y clasificación de las vidas, (re)descubiertas y (re)formuladas en el curso de esta Maestría, pero relacionadas a su vez, con experiencias personales de quien escribe.

Por otra parte, el trabajo se circunscribe al marco que generan las políticas públicas para la educación en Argentina y, más particularmente, en la Provincia de Santa Fe, sin ignorar movimientos internacionales.

El desarrollo está enfocado, a modo de analizadores, siguiendo a la escuela institucionalista, en la Modalidad de Educación Especial, en la Modalidad de Educación Hospitalaria Domiciliaria y en lo que se establece como la (renovada) modalidad de tratamiento de las infancias y las diferencias en la Educación común. Se incluye además, la mirada sobre una experiencia extranjera como la escuela experimental de Bonneuil, movimiento encabezado por Maud Mannoni; la incorporación de breves historias, y la entrevista a una supervisora de la Modalidad de Educación Especial que hace referencia a los entrecruzamientos entre las tres modalidades. Por otra parte, el lector podrá encontrar que en la escritura se producen algunas dispensas en cuanto al uso de metáforas y juegos con palabras.

De forma previa a la descripción de los analizadores, se presentan seis consideraciones: sobre una cierta historicidad a construir, que da cuenta del orden o la sucesión de ideas en la narrativa; sobre el sentido de las palabras, donde se explora el significado de los términos educación y salud; sobre Educación, distinguiéndola de escolarización y enseñanza; sobre Salud, en relación a sus orígenes y vericuetos socio históricos hasta llegar al presente; sobre el cuerpo en Educación y Salud, respecto a la tendencia a disociarlo; sobre lo común, como una apuesta ética y política.

Dichas consideraciones buscan explicitar el posicionamiento desde el cual se escribe, centrándose en aspectos que subyacen a la temática y que se retoman en reiteradas ocasiones a lo largo del trabajo.

Sobre la Modalidad de Educación Especial, primer analizador, se exploran leyes, decretos, resoluciones y otros documentos ministeriales. Los mismos permiten construir una cierta historicidad y así descubrir una fuerza asociativa entre el discurso médico y el pedagógico; entre diagnósticos biológicos y/o psicométricos y lo escolar. Allí se establecen tres grandes etapas. Una primera, bajo la regulación de la Ley de Educación Nro. 1420 en donde “lo especial” se relaciona con la ubicación de las escuelas y en la que prima la acción de asociaciones no gubernamentales, como actores sociales dedicados a la atención de personas con discapacidad. Progresivamente, se construye una propuesta educativa para dichas personas, al inicio, dentro de instituciones de salud, hasta que se configura el campo de la educación especial como un sistema paralelo al “común”. Posteriormente, con la sanción de la Ley de Educación Federal, se expanden las experiencias de integración escolar tímidamente iniciadas en la etapa anterior, como un indicio de acercamiento entre las modalidades “común” y “especial”. Lo mismo trajo aparejado a su vez, diferentes acciones, como es el caso de la incorporación de adecuaciones curriculares, buscando que todos los alumnos accedan a los mismos contenidos del mismo currículum, introduciendo variaciones en estrategias, recursos, extensión o complejidad de los conceptos. A su vez, en relación a lo anterior, aparecieron categorías como diversidad y necesidades educativas especiales, que intentaban caracterizar a los destinatarios de los proyectos de integración. Finalmente, con la sanción de la Ley de Educación Nacional Nro. 26.206, se establece la educación especial como una modalidad transversal a los diferentes niveles del sistema educativo. Desde dicha etapa, el concepto de inclusión tomó centralidad y se profundizaron las experiencias de integración.

A modo de cierre en lo que respecta a este analizador, se establece que se observan cambios en la educación especial, ligados en gran parte a la copiosa renovación de vocabulario y un lento corrimiento, al menos en los documentos, del paradigma centrado en el déficit, aunque lo mismo resulta difícil de observar en las prácticas de acuerdo a la entrevista realizada. Entonces, lo comúnmente especial resulta ser una modalidad que

sostiene cierta división de las infancias, sustentada, en gran parte, por su imbricación con el discurso médico y una mirada sesgada acerca de los cuerpos.

Respecto a la Educación Hospitalaria y Domiciliaria, segundo analizador, se comienza por describirla en sus aspectos históricos y luego organizacionales, como una modalidad anteriormente dependiente de la educación especial, que se ocupa de alumnos que por motivos de salud no pueden sostener su trayectoria en las instituciones escolares y reciben a docentes en su domicilio o en los hospitales en los que están internados. Finalmente, se problematiza acerca de que cuando se refieren a salud, especifican que no se atienden a cuestiones que se dan en llamar mentales. De este modo, se abren interrogantes acerca de qué sucede con niños y jóvenes que se encuentran en tales situaciones; tensionándolo con la opción de Mannoni de ocuparse de sujetos en dificultad.

El cierre de este capítulo, “Sobre la inagotable necesidad de otros y de lo común”, da cuenta de la preocupación por una vacancia detectada en relación a lo antes descrito. Por ello, se estipula que sería necesario construir nuevas institucionalidades, que puedan ocuparse y hacer lugar a niños en situación de dificultad. Lo anterior alude a una nueva intersección a inventar entre educación y salud, un entre, tanto físico como temporal, que permita acompañar y cuidar las trayectorias escolares reales de los alumnos en situación de padecimiento psíquico, sin caer en la trampa clasificatoria ni hospitalizante.

Como tercer y último analizador, se aborda “La (renovada) modalidad de tratamiento de las infancias y las diferencias en la Educación *común*”. En contraste con los analizadores anteriores, ésta no es una modalidad como lo enuncia la Ley de educación vigente, pero configura un modo (actualizado-no novedoso), dentro de la educación común, de separar las infancias, tratarlas y clasificarlas. Se hace referencia allí a los procesos de patologización y medicalización, centrándose en la construcción y difusión de los diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista, Dislexia y desatención con o sin hiperactividad (en su relación con los procesos de escolarización). Estos fueron elegidos por su gran presencia en los medios de comunicación y en proyectos legislativos que incumben tanto a los ministerios de educación como de salud y las políticas públicas de ellos emanadas. Al final de dicho capítulo, se contrasta lo anterior con un documento vigente a nivel nacional en materia educativa, en el que se propone construir distintas formas de escolarización, problematizando lo que la escuela propone a los niños como

modelo único y uniforme, para superar prácticas que esperan lo mismo y al mismo tiempo de todos los niños. De este modo, las trayectorias escolares singulares se presentan como posibilidad de lo común, de lo compartido en la multiplicidad y diferencia.

El último capítulo es “Cerrando para abrir. Resignificando Intersecciones y ensayando otras posibles para borrar el por siempre jamás. Políticas que sostengan el continuará”. En el mismo se retoma lo desarrollado en relación a las modalidades, concluyendo que, en las situaciones analizadas, cuando el discurso médico-de salud (muy difíciles de escindir o distinguir entre sí) entra a jugar en la escena escolar sucede que, lejos de generarse situaciones de atención integral, la oferta se condiciona, especializa, especifica o adapta, muchas veces encubriendo profecías de fracaso que se dictan sobre los niños.

Por otra parte, se observa que las intersecciones se dieron de un modo subsidiario al principio (de educación respecto a salud), discursivo siempre, y subsidiario al modo inverso actualmente: pareciera que para los adultos no es posible enseñar si algunos niños no reciben anteriormente cierto diagnóstico o tratamiento.

Las reflexiones apuntan a la posibilidad de hacer lugar a nuevas institucionalidades, discontinuando los procesos antes mencionados. Para ello, se cuestiona que el ingreso y egreso de las modalidades está fuertemente regulado por unos nombres, que no son el nombre propio del sujeto, sino de otra cosa que se les impone (diagnósticos médicos). Lo anterior, aparejado a pronósticos y predicciones que ponen en riesgo la posibilidad de la novedad que debemos confiar a los otros.

En la Modalidad de Educación Especial, los ingresos son por diagnósticos médicos, o aproximaciones diagnósticas realizadas por los equipos de las escuelas especiales; en la Modalidad Hospitalaria Domiciliaria, el ingreso está restringido a aquellos que tengan un diagnóstico de una enfermedad que afecte al organismo, no a la mente; y en la renovada modalidad de tratamiento que hace la escuela común frente a las infancias, quizás esté más encubierto, pero lo que sucede es un egreso momentáneo, salir para ser evaluado, y un reingreso condicionado, porque ese viene acoplado a un diagnóstico y, a veces, con agregados: acompañantes dentro del aula, medicamentos, u otras prescripciones.

Recapitulando, luego del desarrollo, se proponen preguntas acerca de las tres modalidades tales como si podrían las mismas estar escondiendo u ocultando, un mismo y fallido intento por sostener el uno, la norma, y borrar cualquier desvío.

Posteriormente, se presenta la visibilización de los efectos producidos por las intersecciones antes mencionadas, como posibilidad de promover algún movimiento en las situaciones analizadas, lejos de creer que ello podría operar mágicamente, pero confiando en que es un importante punto de partida, así como una necesidad ética y vital.

Finalmente, se evoca la noción de cuidado, de sí y del otro, para pensar tanto la educación como la salud, en una renovada búsqueda por lo común, partiendo de un reconocimiento de lo frágil y vulnerable, sin devenir en el borramiento de una relación respetuosa entre sujetos ni herir o debilitar la transmisión para ninguno. De este modo, un eje que atraviesa todo el trabajo es una preocupación política, pensando en lo común como la ética del respeto por el otro sin renunciar a la diferencia.

Historia de unas preguntas y (pre)ocupaciones

Nos sentimos tentados de comenzar diciendo había una vez. Cederemos por el momento. Seguramente aparecerán más voces que veces. Voces de los que hemos leído y que nos han leído, de los escribientes que nos acompañaron.

Construir esta arqueología implica volver atrás unas páginas. Cuarenta y tantas más. Significa repensar la interrogación que nos conmovió en primer lugar: ¿lo comúnmente especial o lo especialmente común de la educación?, manteniendo la inquietud por lo que se ofrece, por los lazos que se construyen, por las identificaciones que se juegan, por las promesas que se hacen, por la confianza que se entrega.

Al momento de hacernos esa pregunta, decidimos explorar leyes, decretos, resoluciones y otros documentos ministeriales de la Modalidad de Educación Especial, y de aún antes de que la misma sea considerada como tal. Lo que encontramos fueron sendos campos de pulsiones y pulseadas, pujas de palabras y poder. Allí se transparentó además una fuerza asociativa entre el discurso médico y el pedagógico; entre diagnósticos biológicos y psicométricos y lo escolar. En relación a ello, nos preguntamos si ante las sucesivas reformulaciones en los documentos, que renombran y buscan hablar bien de los otros, ¿fue posible tomar distancia del discurso médico para hacer lugar a la posibilidad de enseñar y aprender?, ¿qué persiste de la herencia psicométrica y los mecanismos de división de las infancias por supuestos coeficientes de inteligencia y fundamentos biologicistas? Preguntas de las que nos hacemos eco a lo largo de las páginas.

Lo mismo nos llevó a buscar otros modos de pensar los sujetos “a parte”¹. De esta manera, nos acercamos a dos experiencias de embate, distantes en tiempo y espacio, extranjeras. Así nos adentramos en el legado de Maud Mannoni, la Escuela Experimental de Bonneuil Sur-Marne y, más tímidamente, a la de Fernand Deligny.

A partir de ello, en un primer escrito, planteamos volver a pensar el sujeto por fuera de diagnósticos médicos, de unos destinos prefijados biológicamente. Concluimos que volver a pensar el sujeto de la escuela especial, tal como propone uno de los últimos documentos vigentes en materia de educación especial de la provincia de Santa Fe, es

¹ Así es como Fernand Deligny se refería a los sujetos que eran expulsados de la sociedad.

reductor y propusimos, en cambio, que es necesario volver a pensar el sujeto de la educación, a la educación en sí misma. Y punto.

Pero ese no fue un punto final, sino de partida. Allí dimos con otra modalidad, la Educación Hospitalaria y Domiciliaria, en el marco de un seminario de esta Maestría. Una propuesta quizás poco conocida dentro el sistema, que antes dependía o estaba asociada a la educación especial, recientemente incorporada a la gestión pública en la provincia de Santa Fe y con un esquema organizativo muy diferente a los demás espacios escolares. Una modalidad que se ocupa de alumnos que por motivos de salud no pueden sostener su trayectoria en las instituciones escolares, y reciben a docentes en su domicilio o en los hospitales en los que están internados. Sin embargo, cuando se refieren a salud, especifican que no se atienden a cuestiones que se dan en llamar mentales.

De este modo, habría algunos padecimientos, determinadas situaciones de salud, que no estarían siendo comprendidas por la Educación Hospitalaria y Domiciliaria. Lo mismo abrió interrogaciones acerca de qué sucede con niños y jóvenes que se encuentran en tales situaciones; qué tensiones genera la decisión de distinguir entre unas y otras cuestiones de salud, si ello fuera posible; y cómo se relacionan, articulan, combinan, conviven ambos servicios (el de salud y educativo) en una misma escena, pensando en garantizar derechos a un mismo sujeto².

Y finalmente, nos interpela una tercera cuestión. Comunicados de diferentes organizaciones³, y por nuestra experiencia clínica, convenimos en que actualmente hay gran cantidad de alumnos con diagnósticos resumidos en siglas y muchas veces medicados, en las aulas de las escuelas. En realidad, hay gran cantidad de adultos pidiendo diagnósticos para algunos niños. Niños y jóvenes que adquieren etiquetas de desatención, hiperactividad, oposicionismo, dislexia, trastorno del espectro autista, entre otros. O más nombrados como ADD, ADD-H, TEA, TGD, OD, DEA, entre otros. Lo mismo aparece asociado a modelos diagnósticos taxonómicos y taxativos, que sancionan todo desvío de la norma y muchas veces, también a situaciones de vida propias del desarrollo o experiencias singulares. A su vez, tras dicha “respuesta” a la pregunta de qué le pasa a ese niño, suelen

² En la pasantía realizada en el marco de esta Maestría, en la Escuela Hospitalaria de la ciudad de Rosario, fue posible identificar que las docentes se referían repetidamente o definían su actividad como un servicio educativo para garantizar derechos a niños con problemas de salud.

³ Remitirse a Forum Infancias, o Fundación Sociedades Complejas, por ejemplo.

recomendar abordajes específicos, en general de modificación conductual, reeducación y muchas veces, tratamiento farmacológico. De esta manera, a partir de manuales internacionales, se nombraron nuevas enfermedades, las que cada vez tienen mayor preponderancia y parecen tomar forma de epidemias.

En relación a ello, asimismo, han surgido movimientos con gran presencia en los medios de comunicación, que luchan por la sanción de leyes específicas en función de estos diagnósticos⁴. Nosotros entendemos esta situación como un proceso de patologización y medicalización de las infancias. Y en relación a ello, nos preguntamos ¿qué rol ocupan las instituciones escolares en estos procesos?, ¿qué efectos producen estas políticas?, ¿qué impacto genera este modo de pensar la subjetividad, así como la salud y la educación?

En función de este recorrido es que consideramos que lo que está en juego son los lugares de los individuos al interior de las relaciones entre Educación y Salud, los puntos de encuentro y desencuentro, sus intersecciones; y es por ello que nos proponemos analizar estos términos, colocando primero la expresión Educación. La razón para ello es que creemos que el escenario en donde emergen las tensiones que describimos es educativo y que este es el foco de nuestro trabajo, de acuerdo al marco de la propuesta formativa en la que escribimos estas líneas.

Por otra parte, no podemos dejar de mencionar que laboralmente hemos transitado por espacios escolares, y también por clínicas y hospitales; que trabajamos en Educación y en Salud, tomando las fronteras que delimitan los Ministerios. En nuestra tarea cotidiana hemos vivido muchas de las escenas a las que haremos referencia y nos sentimos atravesados por las preguntas que aparecen desarrolladas en el presente trabajo. Lo mismo también nos permitió conocer personas, como la que entrevistamos, que con su experiencia pueden compartir su mirada acerca del tema que problematizamos.

Finalmente, la preocupación por estas intrincadas relaciones, por las intersecciones entre Educación y Salud es, fundamentalmente, una preocupación en sentido político, pensando que “Lo político remite necesariamente a plantearse una ética de lo público, es

⁴ Por ejemplo, la Ley Nro 13328, registrada en la Provincia de Santa Fe en el año 2013, y los proyectos de Ley a nivel nacional en relación a Dislexia y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad⁴ que proponen legislar aspectos vinculados tanto a prácticas de salud como educativas. Sobre la presencia de estos temas en los medios de comunicación, colocando el tema en cualquier buscador de Internet, aparecen numerosas referencias y noticias relacionadas.

decir del bien común. Esto es, la ética del respeto por el otro sin renunciar a la diferencia”. (Frigerio, Poggi & Gianonni, 2000:11)

Con el fin de analizar esto mismo es que repositonaremos la Modalidad de Educación Especial, la Modalidad de Educación Hospitalaria Domiciliaria y la renovada modalidad de tratamiento de las infancias y las diferencias en la educación común, como analizadores, siguiendo la escuela institucionalista, provocando lo dado para potenciar otros posibles.

Intersección es un punto de encuentro, de acuerdo a la primera acepción que da el diccionario de la Real Academia Española. Luego, también refiere a corte. En tercer lugar, a elementos comunes. Seguramente en el desarrollo que vamos a realizar, en las relaciones entre educación y salud en materia de políticas públicas, se vislumbrarán todos estos matices: encuentros por momentos; cortes y rupturas en otros. Por cierto, hemos encontrado elementos comunes.

Nos adentramos en estas relaciones porque esta historia que no comenzó con había una vez quiere evitar que unas vidas quedan selladas por siempre jamás, como concluyen algunos cuentos. Para que ningún discurso se adueñe de las infancias⁵. Para que cada historia sostenga un continuará. Continuará de los posibles, de la habilitación a la novedad. Para que la transmisión no muera ni se debilite para algunos; para que la oferta de sentidos siga disponible para cualquiera y cada uno⁶; prescindiendo de decires acerca de lo biológico; dejando de lado discursos y prácticas que achiquen y angosten lo vasto del mundo.

⁵ En el presente trabajo, nos ocuparemos de los niños y del Nivel primario de Educación; sin embargo, en el desarrollo se encontrarán algunas referencias a adolescentes y jóvenes, así como al nivel secundario, pero en menor medida.

⁶ Palabras de Carlos Skliar.

Consideraciones acerca de Educación y Salud

“Sólo trato de aportar un testimonio de mis esfuerzos, si no de mi éxito, por conservar un problema, que considero fundamental, en el mismo estado de frescura que sus datos de hecho, siempre cambiantes.”

Canguilhem (1971)

Primera consideración. Sobre una cierta historicidad a construir.

Pensar las intersecciones en las políticas públicas en educación y salud es el primer desafío del presente trabajo. Desafío difícil de sortear, tanto que primero escribimos dos capítulos separados, luego uno con columnas paralelas que difícilmente se podían leer. Finalmente, llegamos a un punto medio que creemos que puede aportar al debate en cuestión, a pesar de tener muchas cosas a mejorar; sosteniendo las preguntas y conservando el problema, retomando las palabras de Canguilhem.

Este desarrollo no es, no pretende ni busca ser, una investigación histórica. Sin embargo, necesitamos pensar algunas ideas en esta clave porque creemos que sólo así podremos dar cuenta de la complejidad de las relaciones, cruces y encrucijadas de las que nos vamos a ocupar, de su proceso de construcción, dinamismo y, asimismo, de la posibilidad de comprenderlas y resignificarlas en el marco de las políticas públicas.

De este modo, el presente trabajo reviste cierta historicidad, es decir, es un análisis que no pretende contar la historia, sino sostenerse sobre una relación de saberes ordenados (¿caprichosamente?) en el tiempo. Esto en relación a los documentos que vamos a explorar, colocados en una secuencia que permite construir un hilo temporal. Pero como todo hilo, a veces puede enredarse, cortarse y volver a atar, o perderse indefinidamente para dar lugar a uno nuevo. Así, de las leyes y documentos analizados se han sustraído partes, algunos párrafos o frases, que para nuestra postura resultan sustantivamente ricos teniendo en cuenta las preguntas y pre (ocupaciones) que nos guían. En la escritura, muchas veces fue difícil definir un tiempo verbal, ya que en ocasiones, al construir esta historicidad, nos encontrábamos con que lo pretérito muchas veces se sostenía inmovible en el presente. En tales situaciones, hemos optado por sostener la

formulación en tiempo pasado y luego hacernos las preguntas que nos lleven a pensar la continuidad o posibles rupturas.

Proponemos una cierta historicidad, un relato pedagógico al modo en que lo propone Puigróss⁷ (1990:35): “Su valor estriba en el significado de las huellas que es capaz de descubrir y las articulaciones cuya construcción facilita, no en su circularidad o en su *constancia*.”

Segunda consideración. Sobre el sentido de las palabras.

El sentido de las palabras, relacionar significante y significado, no es una operación lineal ni simplista; ni ahistórica o apolítica. Muchos se han dedicado a estudiarlo. Filólogos, filósofos, etimólogos, literatos y tantos más.

El lenguaje nos remite muchas veces a antiguas lenguas, a sus resabios, raíces e historias. Implica luchas, ideología, poder, deseo. Ayuda a que nos entendamos y encontremos, así como también a que muchas veces suceda todo lo contrario. Arrastra acuerdos, convenciones, lugares comunes, códigos compartidos, clisés. Pero el lenguaje, también puede ser desobedecido: “El lenguaje que desobedece y es desobedecido: ponerse fuera de nosotros mismos, en esa existencia desgarradora, en esa brecha –sonora y silenciosa– que abre la posibilidad de un sentido” (Skliar, 2015:16).

Así, buscando la posibilidad de un sentido, es que decidimos ahondar en los términos salud y educación.

El origen de la palabra educar es doble. Acosta (2012:5) detalla: “Educar: Del latín educere significa guiar, conducir; del latín educare significa formar o *instruir*”.

Por otra parte, Osorio (2000) retoma a Salgado y concluye que la palabra fue evolucionando a lo largo del tiempo, y que sus rasgos característicos son “Conducir desde afuera en base al paralelismo del verbo latino ducere con sus congéneres indoeuropeos;

⁷ Puigróss (1990) establece nuevas etapas en la educación argentina, entre 1884 y 1990. Sin embargo, no deja de advertir sobre las dificultades que estas marcaciones conllevan, por falta de investigaciones suficientes, por la especificidad del discurso pedagógico, por la imbricación de la historia de la educación en la historia social, política, económica y demás. Es por ello que la pedagoga (ídem: 34) propone realizar un relato histórico-educativo, reconstruyendo los significantes que constituyeron a los sujetos pedagógicos argentinos y latinoamericanos.

llevar de un estado (físico, mental-ético, social...) a otro de grado superior y finalmente el de largo período que este proceso supone”. (p. 272)

Por otra parte, el término salud viene del latín *salus*, que significa "salvación" en su sentido religioso (Turner, 1987 en Moreno Leguizamón, 2006). En ese sentido, “la salud sustituyó a la salvación”, transformándose en nueva mediadora entre los hombres y la muerte (Guardia -citado por Foucault- en Fernández, 2007:282).

De este modo, en ambos términos parece subyacer la idea de cambio, de pasaje, del aquí y ahora hacia una escena futura, siempre ligada a un estadio superador.

Sin embargo, tanto a salud como a educación se le atribuyen gran cantidad de sentidos y acepciones. Son esas palabras especialmente difíciles de capturar en una definición.

FLACSO, en su Programa de Salud Pública y Comunitaria, modulo 1⁸, propone definir a la salud “Como una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multi-determinado, que ha variado a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales”.

La anterior es una idea amplia y que se podría relacionar igualmente con educación.

Respecto a educación, en “Educar: Saberes alterados”, Frigerio G. y Diker, G. (2010:7-8), escriben bellamente –y es por dicha razón que nos permitimos una cita de tal extensión, por su belleza y capacidad de conmover (nos)-:

Educar es un acto político, una figura del amor, un gesto estético, la preocupación sostenida acerca de lo que lo humano necesita para seguir siendo: algo más y otra cosa que engendrar carne. Como diría Pierre Legendre, "al hombre le hace falta una razón para vivir, y esa razón exige un saber especial, el saber sobre los límites". Educar es así, para nosotros, el intento perseverante de una transmisión básicamente fallida, la preocupación por lo que hay que compartir para que todos tengan parte, formen parte de lo común; es decir, lo que se diferencia de lo homogéneo por ser el más de uno (que no es el más de lo mismo) y por habilitar el acceso al más de uno de la oferta y constitución identitaria. Educar es intentar, reiterada e

8 Disponible en salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf

incansablemente, que la pulsión tenga la ocasión de una sublimación, que el deseo de saber tenga tramitaciones posibles, que los enigmas subjetivos animen trayectos de búsquedas marcadas por el placer de buscar (ya que todo hallazgo es siempre excepcional). Buscar sentidos, tramitar algo de lo intratable de lo pulsional, deseo de saber que se vuelva ganas de aprender y posibilidad de aprehender otra cosa. Educar es estar o volverse disponible a la posibilidad misma de una experiencia, la que eventualmente se gesta en el encuentro con el otro extranjero, con lo extranjero de nosotros mismos, con el pensamiento del otro (doble extranjería, la del otro y la de su pensamiento, que conlleva el requisito de una doble hospitalidad, hacia el otro y hacia el pensar del otro).

Si nos remitimos a las primeras líneas, las mismas también podrían estar hablándonos acerca de salud. Quizás la “preocupación sostenida acerca de lo que lo humano necesita para seguir siendo: algo más y otra cosa que engendrar carne” sea una interpelación directa al discurso médico, que parece haberse apropiado de la idea de salud.

¿Será esto lo que se intenta decir, tanto cuando se habla de educación, así como de salud integral?

Tercera consideración. Acerca de Educación.

Educar no es lo mismo que enseñar, ni que escolarizar, aunque posiblemente se relacionen entre sí, a través de la transmisión como nexo, de acuerdo a lo que propone Acosta (2012:1). La transmisión como espacio de encuentro o pasaje intergeneracional, de ligazón entre los que están en el mundo y los que van a llegar, es un término que no puede excluirse de los antes mencionados. Acosta argumenta que no se puede pensar la enseñanza por fuera de la transmisión, así como tampoco es posible la educación sin transmisión de la cultura⁹.

Al término educar ya nos hemos referido en la consideración anterior. Enseñar, en cambio, es una acción organizada, planificada, anticipada y sistemática, que sucede en una

⁹La autora se explaya en su argumento a lo largo de interesantes páginas, que recomendamos leer para profundizar en dichos términos.

relación entre dos (el que enseña y el que aprende) siguiendo a la misma autora (ídem). Mientras que la escolarización refiere a la especificación de condiciones en la enseñanza, su tecnología, formato, gramática.

Son términos no excluyentes entre sí, pero con texturas diferentes, portadores de sentidos no equivalentes, por lo que nos parece importante hacer esta consideración.

En el presente trabajo nos referimos a educación, aunque los recortes que nos dedicamos a mirar con mayor detenimiento, son todos en contextos de escolarización.

La educación escolarizada está legislada, atravesada por numerosos documentos, reglada, normada. Y así como está normada, la normalización de los sujetos, es una impronta fuerte en ella. Esto fue así, especialmente, al momento de su conformación, con la aparición de la escuela como institución social en la época moderna y posterior obligatoriedad.

Porque, siguiendo a Foucault, las escuelas (así como los hospitales, los ejércitos y las fábricas), desarrollaron una manera de someter los cuerpos, medirlos, clasificarlos, controlarlos. A través de los mecanismos de vigilancia, con la amenaza del castigo frente a la osadía de salirse del lugar social pre-asignado, reproduciendo relaciones de poder.

Cuando en el siglo XVII se desarrollaron las escuelas de provincias o las escuelas cristianas elementales, las justificaciones que se daban para ello eran sobre todo negativas: como los pobres no contaban con medios para *educar a sus hijos, los dejaban “en la ignorancia de sus obligaciones: el cuidado que se toman para subsistir, y el hecho de haber sido ellos mismos mal educados, hacen que no puedan transmitir la buena educación que jamás tuvieron. (...) (Foucault 2008: 243)*

También relata acerca de ello Cordié (2007: 19):

Lo que estaba previsto por ley, es decir “la mezcla de ricos y pobres en los bancos de la escuela” (Jules Ferry, Discours sur l’égalité d’éducation, pronunciado el 10 de abril de 1870), la igualdad de posibilidades para todos, la supresión de las clases sociales estuvo lejos de cumplirse en los hechos. La pertenencia a una clase social determinará durante largo tiempo el límite de los cursos escolares.

Del mismo modo, la autora (ídem) analiza cómo la escolarización, en un contexto de despegue fabril y mercantil en las sociedades, introdujo un mecanismo de observación, sospecha, separación en las infancias y, de este modo, instituyó una forma de dividir los cuerpos, las vidas. Dividirlos, por ejemplo, por cuán inteligentes eran.

La inteligencia se constituyó como una suerte de dios que todos debían tener, cultivar, aumentar y estimular. Pero por otra parte, más allá de todas las acciones tendientes a su crecimiento, se presentaba la idea de que venía dada de nacimiento, con cualidades casi pre-existentes a la persona; excusándose entonces en que la relación pobreza-falta de inteligencia era directamente proporcional. Por tal razón, algunos sujetos la tendrían, otros más o menos y otros definitivamente no, carecerían de ella. Y esto como sentencia final, cristalizando y perpetuando desigualdad, invitando a la resignación. La Educación utilizó este término en gran medida y sobre ello escribe Frigerio (2006), contraponiendo a dichos usos en que, en realidad, todas las inteligencias son iguales, siguiendo la experiencia de Jacotot¹⁰.

¹⁰ Se puede encontrar la referencia en Rancière, J. (2008). El maestro ignorante/The Ignorant Teacher. Libros del Zorzal. En Las inteligencias son iguales. Ensayo sobre los usos y efectos de la noción de inteligencia en la educación, escribe Frigerio (2006: 4-5):

Hace muchos, muchos años, un profesor provocó y escandalizó a la comunidad pedagógica con una afirmación contundente. Dijo, ni más ni menos: todas las inteligencias son iguales. Con esa afirmación, revoltosa en su tiempo (y también en el nuestro), se inicia una etapa durante la cual la pedagogía pudo ser tildada de embrutecedora cuando se confundía a sí misma con la fuente de toda explicación; y señalada como emancipadora cuando sostenía sus intervenciones desde el principio de la igualdad de las inteligencias. El profesor en cuestión denunciaba que la explicación formaba parte del mito que dividía al mundo en sabios e ignorantes, maduros e inmaduros, capaces e incapaces, inteligentes y tontos. Esta manera *“pedagógica” de dividir el mundo encontraba y sigue encontrando correlatos en figuras de educadores. Así, desde antes del profesor de esta historia —y aún siglos más tarde, cuando casi nadie recuerda su nombre, ni sus experiencias, ni sus producciones—, muchos de los que ejercían y ejercen el arte y el oficio de educar siguen identificándose con la figura del maestro emancipador; figura que encontró en las historias y geografías de nuestros países a muchos representantes y hacedores. Para el personaje del profesor cuya aventura pedagógica decidimos compartir —personaje que era un auténtico profesor y también un profesor real— un maestro emancipador es aquel que puede enseñar hasta lo que no sabe. No creemos un equívoco: el profesor nunca afirmó que un maestro no tenía que saber, sino que un maestro que no lo sabe todo puede enseñar hasta lo que ignora, y lograr que el otro aprenda, lo que sea, porque a nadie le está negado aprender, siempre y cuando se confíe en que aprenderá. La condición para enseñar lo que se ignora es emancipar al alumno, es decir exigirle utilizar su inteligencia. Lo que no puede hacer nadie que no esté, a su vez, emancipado. El profesor de esta historia sostenía —y sigue sosteniendo a través de los siglos— que un ignorante aprenderá por sí mismo, y solo, lo que un maestro no sabe, si éste lo lleva a actualizar su capacidad.*

Tal es así que el fracaso escolar surgió como nuevo fenómeno, en principio, asociado a un problema de inteligencia, un problema que siempre era del otro, instalando una marca capaz de construir (¿o destruir?) determinados futuros, de determinado modo.

En concordancia con lo anterior, Mannoni¹¹ (1996:57) retoma una investigación que ratifica lo anterior: “La investigación llevada a cabo bajo la dirección de Claude Veil es ilustrativa pues pone en evidencia la responsabilidad de la Escuela y de los poderes públicos en la ‘fabricación’ de los inadaptados escolares”.

Para lo anterior, se diseñaron e implementaron diferentes instrumentos y herramientas. Un caso sobresaliente entre ellas, es la del examen o la prueba o, en su variable psicopedagógica, los test psicométricos¹².

(..) La escuela pasa a ser una especie de aparato de examen ininterrumpido que acompaña en toda su extensión la operación de la enseñanza. Ésta consistirá cada vez menos en esos torneos en los que los alumnos confrontaban sus fuerzas y cada vez más en una comparación perpetua de cada cual con todos, que permite a la vez medir y sancionar. (Foucault 2008:217)

Evaluación que dio pie a distinciones tales como lo normal y lo anormal, lo esperable o lo retrasado, lo común y lo especial. Además, junto con la infradotación y la normalidad, surgió una tercera categoría, la super o sobradotación, los alumnos talentosos. En este sentido, hubo menos repercusión quizás, pero claramente, de los del medio, de los que se atenían a la norma (en el doble juego que el lenguaje estadístico permite: el término medio o el dato con mayor frecuencia, el que más se repite) se ocupaba la educación común; de

¹¹ Maud Mannoni (1923-1998) fue una Psicoanalista francesa, influenciada por Lacan, Winnicott, y Doltó, y una de las fundadoras del Centro de Estudios y de Investigaciones Pedagógicas y Psicoanalítica, o Escuela Experimental de Bonneuil-sur-Marne, nombre dado por la localización del mismo, en la periferia de París. La misma, junto con Robert Lefort¹¹, creó un espacio para acoger a niños y jóvenes “psicóticos, autistas, débiles mentales”, dirán ellos, niños excluidos de la escuela o “inadaptados”, con quienes trabajaban en grupos muy reducidos (diez niños como máximo), con la colaboración de pasantes de todo el mundo.

¹² Vale decir que aún hoy se continúan utilizando. Los hay de diferentes tipos: verbales y no verbales, con pruebas ejecutivas o no, separados por funciones cognitivas o hay otros que buscan un coeficiente general (el famoso CI o IQ). Los mismos arrojan una cifra numérica que permite encuadrar el resultado en un diagnóstico, cuantificando la inteligencia, más allá de que suelen ir acompañados de informes cualitativos. Merecer resaltarse, además, que los mismos son contruidos y baremados, en general, en América del Norte – al menos los que generalmente se utilizan en Argentina, como el WISC, por ej.-. Además del uso clínico, especialmente en psicopedagogía, son muy utilizados en las escuelas de la Modalidad de Educación Especial. Para ello puede remitirse al anexo del presente trabajo.

los que se encontraban en los extremos, ya sea por debajo o por arriba, la educación especial, que también fue llamada pedagogía diferencial. En relación a ello, los supuestos permanecían férreos. El convencimiento generalizado era que la inteligencia respondía al orden de lo natural.

Las relaciones que antes nombramos empezaron a esbozarse dentro de las instituciones escolares y muchas se sostienen aún hoy. Términos que se enlazan y desenlazan en el terreno educativo; que varían regularmente buscando alternativas para nominar la diferencia, a los otros, a los nuevos y recién llegados, a los niños y jóvenes y lo que ellos necesitan, con lo que nos interpelan. Binomios emparentados con la consabida división entre civilización y barbarie, fundante de nuestro legado educativo (Duschatzky & Skliar, 2000:5).

Cuarta consideración. Acerca de salud.

Los movimientos en el pensamiento acerca de la salud son muchos y complejos. Guerrero y León (2008) sitúan su génesis en la visión ayurvédica¹³; mencionan luego cómo la cultura china la vinculaba a un ente inmutable y eterno; la influencia mágico-religiosa mesoamericana; los aportes de pensadores griegos, la visión mesopotámica y egipcia, así como la influencia de árabes y judíos, pioneros en la medicina occidental. Concluyen luego:

En cada momento histórico se han producido importantes variaciones en la concepción de la salud y la enfermedad, los cambios más relevantes han tenido lugar en la segunda mitad del siglo XX; la Organización Mundial de la Salud ha jugado un papel significativo como ente aglutinador de las últimas tendencias en el campo de la salud. No obstante, esta concepción no es sistémica, ni holística en la mayor acepción de la palabra. (p. 1)

En relación a la medicina egipcia, Canguilhem (1986) la describe como ontológica y localizacionista. Retoma a Sigerist y expone que fue esa misma la que “generalizó, combinándola con la idea de la enfermedad-posesión, la experiencia oriental de las

¹³ Antiguo Sistema curativo de la India, con gran impronta espiritual.

afecciones parasitarias” (p. 17). Suma luego que en función de ello se pensaba la enfermedad como entrando y saliendo del hombre a través de una puerta, aludiendo a la gran importancia otorgada a la posibilidad/facilidad de aislar los síntomas, asimilada entonces a representarse el mal en los microbios o parásitos.

El mismo Canguilhem (1986:18), respecto a la medicina griega, la caracteriza como totalizante y con una concepción dinámica de la enfermedad, en oposición a la egipcia.

La naturaleza (*physis*) tanto en el hombre como fuera de él, es armonía y equilibrio. La enfermedad es la perturbación de ese equilibrio, de esa armonía.

En este caso, la enfermedad no está en alguna parte del hombre. Está en todo el hombre y le pertenece por completo.

Finalmente, Canguilhem (p. 19) encuentra que ambas concepciones tienen en común el hecho de considerar la enfermedad como una oposición de fuerzas que entran en conflicto:

Consideran la enfermedad –o, mejor, a la experiencia del enfermo- como una situación polémica, ya sea como una lucha entre el organismo y un ser extraño, ya sea como una lucha interna de fuerzas enfrentadas. La enfermedad difiere del estado de salud, lo patológico de lo normal, como una cualidad difiere de otra, ya sea por presencia o ausencia de un principio definido, ya sea por reelaboración de la totalidad orgánica.

En la tradición de occidente en materia de salud, las raíces más directas se encuentran ligadas al pensamiento griego y a las figuras de Hipócrates y Galeno, como hitos destacables¹⁴.

Para Hipócrates era central la idea de equilibrio. Él pensaba la salud como la armonía entre los humores del cuerpo y el ambiente (enunciado con influencia islámica, que sostenía que los cuatro elementos del mundo natural -tierra, aire, fuego y agua- se reflejaban en el cuerpo a través de la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis).

Restrepo Zea (2010: 236), agrega que en base a la medicina humoral, se construyó una teoría de la personalidad, tipificando temperamentos de acuerdo a la combinación de los elementos antes mencionados: sanguíneo-flemático, flemático-melancólico,

¹⁴ Hipócrates fundó la Escuela de Cos y Galeno fue uno de los escritores médicos más prolíficos. Ambos ejercieron una influencia significativa, cimentando la medicina occidental.

melancólico-colérico, colérico-sanguíneo y una última opción, que mostraba equilibrio entre los fluidos. La autora expresa (ídem):

Para la teoría humoral, considerada el fundamento de la fisiología, la patología y la terapéutica de la época, la salud (o eucrasia) no era otra cosa que el equilibrio o la buena mezcla de los humores, mientras que la enfermedad (o discrasia) era el resultado de su desproporción o alteración. (Ídem)

En la era cristiana, el arte de la salud y dominio del cuerpo estuvo relacionado directamente con la perfección espiritual. Entre los siglos V y VIII, y hasta los primeros años del siglo XII, la salud era pensada desde la moderación y la ascética. Este período de la medicina es descrito por Restrepo Zea como de la medicina monacal, en la que la Escuela de Salerno¹⁵ fue el máximo exponente, la que retomó aspectos de la medicina de Galeno, como las recomendaciones de cuidar la comida y la bebida, el sueño, el ejercicio, entre otros.

Luego, entre la época clásica y el Renacimiento, se situó la causa de las enfermedades en los vapores que generaban las aguas estancadas u otros lugares contaminados, inspirados en la idea del contagio inanimado, proveniente de circunstancias contextuales. De este modo, la geografía conformó una topografía médica, asociando determinados lugares con características físicas de sus habitantes e, incluso, rasgos de personalidad.

Posteriormente, con los descubrimientos científicos y avances tecnológicos, Harvey (1578-1657) y Bernard en el siglo XIX, dieron paso a la medicina exploratoria y la reformulación de las anteriores concepciones de salud, acentuando el vínculo entre el organismo y el ambiente externo. Estudiando la sangre y su circulación, más otros órganos y sistemas del cuerpo humano, comenzaron a esbozar un nuevo modo de hacer medicina, partiendo de observaciones, deducciones e hipótesis.

A propósito de Bernard, de gran influencia sobre los médicos de la época entre 1870 y 1914, Canguilhem lo sitúa, junto a Comte¹⁶, como uno de los expositores del cuasi dogma del siglo XIX, que el autor describe como “la identidad real de los fenómenos

¹⁵ Se la llamó así por la ciudad de Italia en donde se encontraba. La misma conjugaba la tradición greco-latina con aportes de la cultura árabe y judía, que obtenían del contacto por el comercio.

¹⁶ Auguste Comte, (1798-1857), figura central en la sociología y en la corriente de pensamiento positivista.

vitales normales y patológicos”. En su libro, “Lo normal y lo patológico” (1971), Canguilhem describe cómo Bernard, con el concepto de homeostasis, centró su interés en lo normal, para desde allí descubrir lo patológico y actuar racionalmente sobre ello, interpretándolo cuantitativa y numéricamente para precisar la identidad de lo enfermo.

Restrepo Zea (2010:239-240) hace un importante aporte en relación a lo que buscamos pensar, siguiendo esta historicidad que nos propusimos construir:

A mediados del siglo XIX, principios de la medicina humoral discurrían entre preceptos pedagógicos. Junto a conceptos indispensables para fomentar el cultivo de la inteligencia, como la lectura, la escritura, la aritmética, la moral y la religión, tenían pautas higiénicas. Como indicara el higienista español Pedro Felipe Monlau (1847:685), <<unas cuantas nociones claras y sencillas sobre la influencia del aire, la limpieza, los alimentos, el ejercicio y las pasiones, servirán mucho para la ilustración de los niños y echarán los cimientos de su futura conducta. ¡Día grande será aquel en que los gobernados se hallen convencidos, desde su infancia, de que vicio, injusticia, abuso, pecado y transgresión higiénica son palabras sinónimas, tal vez idénticas!>>

La autora continúa luego desarrollando cómo los preceptos higiénicos llegaron a los niños franceses que concurrían a las escuelas, a través de cuadernillos y una serie de normas y rutinas que regulaban la vida dentro de la institución, de acuerdo a los postulados de la medicina humoral: lavado y secado de manos, tratamiento de la basura, el contacto entre cuerpos y con el cuerpo, ventilación, entre otros. Asimismo, en cuanto al cuidado de la limpieza de la vestimenta, la que debía estar siempre correcta, observación que se hacía especialmente en niños que pertenecían a familias pobres. La falta a cualquiera de estas normas debía ser causal de vergüenza e intervención del docente.

Las prácticas higiénicas se convirtieron en un deber social que ganó especial rigurosidad acoplándose al sistema educativo. Las pestes, el temor al contagio, fue ocasión de sujeción, vigilancia y control; de perpetuación de roles sociales, de distancias y atribuciones:

A la peste responde el orden; tiene por función desenredar todas las confusiones: la de la enfermedad que se transmite cuando los cuerpos se

mezclan; la del mal que se multiplica cuando el miedo y la muerte borran las prohibiciones. Prescribe a cada uno su lugar, a cada quien su cuerpo, a cada cual su enfermedad y su muerte, a cada cual su bien, por el efecto de un poder omnipresente y omnisciente que se subdivide a sí mismo de manera regular e ininterrumpida hasta la determinación final del individuo, de lo que lo caracteriza, de lo que le pertenece, de lo que le ocurre. (Foucault, 2008:29)

El desarrollo de la biomedicina ocurrió también en el momento en que el capitalismo europeo establecía sus bases. En términos de Foucault (1990), citado por Moreno Leguizamón (2006), la medicina se puso al servicio de la economía para garantizar mano de obra y la producción fabril. Dice además el mismo autor que, al medicalizarse la salud, se favoreció la preponderancia de factores técnicos y económicos, por sobre otros. Como cita Moreno Leguizamón (2006), “Según Foucault, en contraste con una biomedicina orientada hacia el individuo, el resultado del sistema capitalista fue establecer una medicina social porque socializó el cuerpo en función de la mano de obra y de las fuerzas productivas”.

Acuerda con esto último Restrepo Zea cuando señala el nacimiento de la higiene pública como un fenómeno relacionado con la Revolución Industrial. En Europa, el movimiento sanitario y la vigilancia de la salud colectiva se vieron agravados por la pandemia de cólera, frente a la cual la pobreza, el estilo de vida de los pobres, fue señalado como principal causa de la enfermedad:

La policía sanitaria había puesto de manifiesto la miseria fisiológica que soportaban trabajadores hacinados y hambrientos durante la Revolución Industrial. (...) <<En las urbes, a la vista de todos era visible un espectáculo alarmante de una población de trabajadores víctimas de la industria, que cuando les suministraba trabajo, se preocupaban muy poco por sus condiciones de vida. >>. (Braudel, 1970:334 en Restrepo Zea, 2010:241)

Durante la epidemia de cólera en Londres (1832), tomó fuerza la tesis anticontagionista, fundamentándose en la teoría de la fermentación¹⁷ y reforzando la idea de que la pobreza predisponía para la enfermedad. De allí surgió la política sanitaria en

¹⁷ Remitirse a la obra de Justus von Liebig (1803-1873), químico alemán que estudió la putrefacción y fermentación.

países como Inglaterra, Alemania y Francia y, posteriormente, en los países con los que estos últimos comerciaban. Estas políticas sentaron las bases para el movimiento higienista, que penetró en las sociedades, en las familias, y así también, en las escuelas.

Recapitulando, con el desarrollo de la medicina, la noción de salud perdió su sentido religioso y privado y se convirtió en el fin buscado por la ciencia médica moderna, fuente de interés para las empresas, y en una preocupación, así como ámbito de deliberación de los Estados.

De las empresas porque:

La salud, hasta el punto que fue convertida en un objeto a ser consumido, en un producto que puede ser producido por laboratorios farmacéuticos, personal médico, etc., y consumida por otros -gente enferma y potencial-, adquirió importancia económica y fue introducida en el mercado. (Foucault, 1990:115 en Moreno Leguizamón, 2006)

De los Estados porque, siguiendo a Foucault, la peste es el correlato del desorden, ya sea de forma real como imaginaria, más sus derivaciones; lo que motiva poner en marcha diferentes dispositivos de control, como el discurso médico y sus instituciones, que conllevan disciplina y orden.

Por detrás de los dispositivos disciplinarios se lee la obsesión de los *"contagios", de la peste, de las revueltas de los crímenes, de la vagancia, de las deserciones de los individuos que aparecen y desaparecen, viven y mueren en el desorden.* (Foucault, 2008:230)

Guerrero y León (2008:21) destacan cómo, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, la salud pasó a relacionarse con un estilo de vida óptimo o bienestar, y ya no como la ausencia de dolor y malestar físico. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸, define salud de la siguiente manera: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Esta definición avanzó al realizar un enfoque positivo, descentrándose de la idea de enfermedad. Igualmente, los autores (Guerrero y León, 2008) postulan la engañosa

¹⁸ La Organización Mundial de la Salud (OMS), es uno de los organismos de mayor referencia en el tema actualmente. La misma es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

relación entre “sentirse bien” y salud; el estatismo o la idea de fijeza, y la utopía que la definición de la OMS conlleva, su impronta de completud idílica. Además, hay una clara escisión de tres esferas: una de ellas que parece externa, “social”; y otras dos que perpetúan la división físico y mental, tangible y voluble, cuerpo y alma. Se sostienen así las bases que sedimentaron la medicina, a la que Moreno Leguizamón (2006) entiende como basada en la relación cuerpo-mente, y que, recientemente, está dejando paso a la de cuerpo-cerebro.

Guerrero y León (ídem) proponen en cambio, incluir la dimensión de proceso, cambio y dinamismo; la doble dimensión objetiva (capacidad de funcionamiento y autonomía) y subjetiva (sentirse bien); y el carácter holístico o sistémico, teniendo en cuenta el medio físico y social.

La conceptualización de la OMS es sostenida desde el año 1948, cuando entró en vigor, y fue adoptada en el marco de la Conferencia Sanitaria Internacional (1946). Sumado a ello, se estableció la salud como un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de raza, religión, ideología y condición sociocultural.

Sin embargo, esto último no elimina los debates políticos-filosóficos que venimos desarrollando, ni acaba con los intereses económicos que también atraviesan este campo de saber-poder, ya que el modo de pensar la enfermedad, entre lo biológico y lo social, nunca es neutral ni natural.

Y más allá del sentido singular o la relación que cada uno puede atribuir y establecer con su cuerpo, la salud, la enfermedad y hasta la propia la muerte, esto siempre ocurre en una escena más amplia y más compleja: “La relación de cada uno con su enfermedad y su muerte pasa por las instancias del poder, el registro a que éstas la someten y las decisiones que toman”. (Foucault 2008:229)

Porque aún en la actualidad, cuando los grandes males que mataron millones fueron erradicados con vacunas y medicamentos; ahora que las pestes y epidemias se controlan con mayor celeridad; sigue habiendo exiliados y excluidos, aparecen nuevas enfermedades, persiste el afán de controlar. Ahora traducido en la obsesión por el diagnóstico temprano y diferencial, por las divisiones taxonómicas y taxativas entre vidas caracterizadas en una sucesión de ítems¹⁹. Ya no hay leprosos abandonados en islas, pero la persecución de la

¹⁹ Nos referimos al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, o

diferencia, del diferente, del anormal, la perseverancia del discurso medicalizado de la salud en la alteración de los cuerpos, persiste:

La división constante de lo normal y de lo anormal, a la que todo individuo está sometido, prolonga hasta nosotros y aplicándolos a objetos distintos la marcación binaria y el exilio del leproso; la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, pone en funcionamiento los dispositivos disciplinarios a los que apelaba el miedo a la peste. (Foucault, 2008:231)

Quinta consideración. Sobre cuerpo y mente en educación y salud.

Cuerpo y mente, son pares importantes en educación y salud, tanto por su obsesión, como por omisión. Es una división histórica y presente al mismo tiempo, que habita tanto en las teorizaciones y prácticas educativas así como en las de salud. Términos que antes aparecieron en el terreno de la filosofía y la religión, bajo la forma de materia y espíritu, o como carne y espíritu.

Del campo filosófico, Descartes, médico y filósofo francés, exponente del racionalismo, fue una figura determinante en el siglo XVIII frente a esta dicotomía, pensando el cuerpo y el pensamiento, como sustancias separadas. Dualismo de influencia platónica, de acuerdo al desarrollo de Recalde (2013).

Sin embargo, según Wierzbicka, autor que referencia Moreno Leguizamón, la idea de mente estuvo primero ligada a las emociones y al espíritu, próxima a la concepción griega de alma; y luego se asoció al componente racional, cognitivo e intelectual.

Así, cuerpo y mente son construcciones históricas y culturales, que fueron asociadas a diferentes términos y relacionadas con los movimientos que describimos en la consideración acerca de salud.

En relación a la época de marcada influencia fabril, se relaciona la idea de cuerpo como máquina:

la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

...un tipo de fábrica animada, móvil y sucia que exuda inmundicias desde cada una de sus aperturas y (...) que transforma todo lo que entra a través de algunas de estas aperturas en inmundicia. (...) El interior del cuerpo es de hecho una cisterna, que todas las aperturas del cuerpo son sucias, como los son las vías de acercamiento con agujeros sucios que conducen a espacios sucios, y que además todo lo que elimina, con la excepción de lágrimas, es por definición sucio. (Kakar, 1982: 237, traducción libre. En Moreno Leguizamón, 2006)

De allí se desprende la posibilidad de reducción a piezas o partes, aislables, estudiables, objetivables. Y en este sentido, la especialización de la medicina, su nivel de especificación y estudio analítico, también fue influyente.

En cambio, sobre la así llamada mente, la medicina no parece haber ahondado, sino que se abocó al estudio del cerebro, su correlato concreto y tangible. De allí derivan los estudios de campos como la neurología y la psiquiatría, dedicadas a regular los órganos y sustancias que sustentarían al pensamiento y las emociones.

Pero en esta historia bifronte y bipartita en relación a cuerpo y mente, no podemos dejar de mencionar la irrupción de Freud y el psicoanálisis a fines del siglo XIX. El mismo, en sus estudios sobre la histeria, planteó una íntima relación entre cuerpo y mente, antes considerados escindidos. Comenzando por estudiar manifestaciones somáticas, visibles, Freud -de formación médica-, postuló que las mismas tenían un origen no orgánico sino psíquico, y llevó a replantearse los saberes hasta allí indiscutibles acerca de la naturaleza humana y la salud.

Aunque al igual que la medicina, la escolarización hizo su contribución en esta partición y repartición. La escuela se ocupó de estimular, fortalecer, desarrollar facultades mentales, pero para que ello ocurra demandó que el cuerpo esté quieto, que no distraiga, que no se mueva, que no estorbe. A ello refiere Alicia Fernández (2002:71), pensando el lugar del cuerpo en el aprender: “En general, la escuela apela solamente al cerebro, niños con los brazos cruzados, atados a sí mismos. Esa era la propuesta: atarse el cuerpo para dejar al cerebro solamente en funcionamiento, desconociendo y expulsando al cuerpo”.

Tal es así que, como ya mencionamos en la consideración anterior, a los que “no les dio la cabeza”, a los que fracasaron en la escuela común, fueron evaluados y derivados;

se crearon grados apartes, escuelas diferenciadas, con maestros especializados, con currículums adaptados.

Se construyó un modo de calcular, cuantificar la inteligencia, comparando edad cronológica con edad mental, arrojando un coeficiente intelectual que permitía diagnosticar, diferenciar, los diferentes grados de madurez o retraso: los CI²⁰, sobre los que Mannoni escribía “Muy a menudo los niños son examinados con una perspectiva de clasificación, en cuyo caso el veredicto del médico acentúa por arte de magia el carácter fatal del retardo” (2014:87).

Este discurso fue cambiando sus palabras, pero que en general, sigue hablando de lo mismo:

No temo en afirmar que la Educación Especial, así como la educación en general, no se preocupan por las diferencias, sino con aquello que podríamos denominar como una cierta obsesión por los “diferentes”, por los “extraños”, o tal vez, en otro sentido, por los “anormales”. (Skliar, 2005:3)

Pero los otros, el cuerpo, también pueden ser pensados de otro modo. Porque la experiencia que tenemos del cuerpo es otra. Es una, no fragmentada, no escindida, sino una, que es toda. En ese sentido, Skliar, C. (2015: 171) coloca en primer plano la centralidad del cuerpo, destacando “*el ser un cuerpo y no sólo tenerlo*”.

Del mismo modo, Frigerio (2006:32) recupera palabras de Nancy, transparentando la búsqueda del filósofo por develar la complejidad de la relación cuerpo y alma, la imposibilidad de pensar uno sin el otro. La autora prosigue, retomando reflexiones de este último en las que afirma: “Un cuerpo es inmaterial. Es un dibujo, es un contorno, es una idea” (2004:11); “El alma es material, de una materia otra, una materia que no tiene lugar, ni talle, ni peso. Pero ella es material, lo es sutilmente. Por ello escapa a la vista” (ídem: 14).

Frigerio (ídem: 18) comparte otros de los 58 indicios que Nancy ofrece acerca del cuerpo:

²⁰ En inglés, IQ. Coeficiente Intelectual. Resultado de la comparación cuantitativa entre la edad cronológica de una persona y su rendimiento en pruebas psicométricas estandarizadas.

12. El cuerpo puede hacerse hablante, pensante, soñante. Él siente todo el tiempo algo. Siente lo que es corporal. Siente la piel y las piedras, los metales, las hierbas, las aguas y las llamas. Nunca deja de sentir.

13. Sin embargo, lo que siente es el alma. Y el alma siente, para empezar, el cuerpo. Ella lo siente de todas partes que la contienen y la retienen. Si no la retuvieran, ella se escaparía entera en palabras vaporosas que se perderían en el cielo.

Esta forma de pensar el cuerpo, los cuerpos, es una clara irrupción que dista de considerarlo como carne, aislada y aislable. Porque pensar el cuerpo en relación, también implica que:

El cuerpo es sobre todo fricción, contacto, contigüidad, roce, toque, afección.

El cuerpo del niño es interrumpido por los códigos cifrados de una distancia sideral con otros cuerpos. Es una enseñanza de posturas a partir de la impostura de un cuerpo que ya ha dejado de sentir. Y que enseña a ser cuerpo, dejando el cuerpo de lado, en otro lado. (Skliar. 2015: 178)

De acuerdo al desarrollo que venimos haciendo, pareciera que por mucho tiempo (¿aún ahora?) la educación se ocupó de la mente y la salud del cuerpo, o del organismo, en realidad. Acordamos aquí con la distinción que hace Sara Paín (1984) y que refiere a que el cuerpo sólo aparece cuando el organismo es atravesado por el deseo, por la palabra. De allí nace un cuerpo que puede gozar, desear, aprender, pensar. Entonces, el aprendizaje pasa por el cuerpo y no por la mente. Y del mismo modo, la salud pasa por cuerpo y no por el organismo.

Sexta consideración. Sobre lo común.

Lo común, o una particular posición respecto de ello, aparece como cierta obstinación a lo largo del presente trabajo. Esta consideración, a diferencia de las anteriores, la escribimos luego de desarrollar los capítulos. No es algo sobre lo que nos ocupamos en primera instancia, sino que se nos aparece a lo largo de las páginas y reclama ser escrito. Reclama, quizás, la centralidad que tuvo para nosotros en el primer momento

de escritura, en la primera pregunta formulada, en la interrogación acerca de lo especialmente común en educación.

En un texto que recorre lugares del sistema educativo muchas veces signados con el atributo de “diferentes” o diferenciados, que suelen ser pensados o impelidos bajo la necesidad de “inclusión”, en los que el paradigma de la normalidad se actualiza en diferentes formas como lógica gobernante, ¿por qué ocuparse de lo común? ¿Por qué, cuando muchos reclaman ser reconocidos (o unos reclaman para que otros sean reconocidos) como especiales, volver sobre lo común?

Pues ciertamente que esta no es una preocupación original, ni innovadora ni exclusiva. Sin embargo, es para nosotros estructurante en el modo de pensar la educación. Frigerio y Diker (2008) escriben y compilan muchas voces interrogándose sobre lo común²¹. Y son muchas de estas voces, las que hacen que estas veces, la pregunta retorne a nosotros con diferentes ecos.

A los fines de esta consideración, diremos que pensar, hablar y escribir de lo común, no nos es/fue fácil. En primer lugar, porque como las autoras antes nombradas advierten, el elegido es un terreno complejo, lleno de controversias. En segundo lugar, porque nos sentimos captados por contradicciones, que una voz gruesa y firme, a la vez dulce y amable, renombró como paradojas. Ellas, inherentes a las prácticas pedagógicas.

Escribimos con nuestros sentimientos encontrados a cuesta, no sin ellos. Escribimos a pesar de ellos. Los ponemos en papel sosteniéndolos. Con la pregunta en las manos, con la dubitación en el pecho, con la interrogación en todas partes. Pero, ¿se podría escribir de otro modo?

Retomando, a los fines de esta consideración y de este trabajo, diremos que lo común es lo que hace lugar a todos y a cada uno; es lo que habilita la conversación en la diferencia y multiplicidad. Es una tarea psíquica y política, siempre vigente, pendiente, conmovedora y convocante.

No diremos más, porque dejaremos que los matices y las texturas que lo común cobra a lo largo de las siguientes páginas, sea aprehendido y repensando por quienes las lean. Dejaremos que la paradoja que nos atraviesa, haga lo suyo en cada quien.

²¹ De más está decir que sugerimos la lectura de la obra.

Luego de estas consideraciones, creemos oportuno volver la mirada sobre las políticas públicas en educación y salud, sus intersecciones en los analizadores nombrados anteriormente. Pensar qué lugar tienen allí los pares que hemos encontrado, tales como: cuerpo y mente, normalidad y anormalidad, sano y patológico, civilización y barbarie, común y especial. Estos términos serán los rastros que seguiremos.

El analizador, un provocador

Analizador es una categoría conceptual que proviene de las ciencias exactas, retomada y reconstruida por el movimiento institucionalista francés del Psicoanálisis, dedicado a pensar, justamente, las instituciones.

Lidia Fernández (1995:43), retomando a Lapassade (1974) explica que “*un analizador es un dispositivo artificial –un microscopio, un ecualizador, etc.- o natural –el ojo, el cerebro- que <produce la descomposición de una realidad en sus elementos sin intervención del pensamiento consciente>*”. Del mismo modo, puede consistir en sucesos espontáneos y no programados, así como en técnicas planificadas y diseñadas para promover la expresión de un material y descubrir significaciones antes ocultas, como sería el caso de las entrevistas, por ejemplo, y que nosotros utilizamos en el presente trabajo.

Nosotros tomamos estos aportes por compartir algunas de las preocupaciones de este movimiento, y porque muchos de sus principales referentes, son también nuestros referentes para lo que vamos a pensar en este trabajo.

Dentro del Análisis Institucional, Brito (1990) detalla tres terrenos profesionales: La Psicoterapia Institucional, la Pedagogía Institucional y el Socioanálisis.

La primera, surgida en tiempos de posguerra, cuestionó fuertemente la institución psiquiátrica y propuso cambiar las relaciones médico-paciente, descentrando al médico del lugar de “todo poder-todo saber”. Asimismo, expone Brito (ídem) que en ese marco surgieron los movimientos de las comunidades terapéuticas, criticando la frontera entre salud y enfermedad mental, visibilizando las tramas sociales que allí intervenían y realizando una mirada desde el colectivo y ya no tanto desde la problemática individual.

Por otra parte, la Pedagogía Institucional, también influenciada por la Psicoterapia Institucional, fue la impulsora de experiencias con niños dejados al margen, tales como las Fernand Oury, Deligny y, posteriormente, Maud Manoni. Esta última, es retomada en los siguientes capítulos de forma muy especial.

Dentro de la Pedagogía Institucional, asimismo, hubo referentes como Lapassade – antes nombrado- y Lourau, entre otros, quienes se abocaron a reflexionar sobre la institución escuela, particularmente, proponiendo la autogestión como modo de regulación y un análisis colectivo de su funcionamiento.

El último de los terrenos, el Socioanálisis, íntimamente relacionado con los anteriores, fue enunciado como término por primera vez por el equipo de Van Bockstaele (psicosociólogo francés) en los años 60, de acuerdo al desarrollo de Brito, quien en *El devenir del Socioanálisis*, lo describe del siguiente modo: “El análisis institucional en situación de intervención ha sido denominado socioanálisis” (1990:1). En dicho artículo, agrega luego:

El dispositivo socioanalítico se generó tomando sus distancias de la consultoría sociológica tradicional, así como de las prácticas grupales *tradicionales, derivadas de la dinámica de grupos, de los grupos “T” y del psicoanálisis*. Surge así un método de intervención que establecía críticas severas y puntuales a sus antecedentes. (ídem: 4)

Por otra parte, la estructuración de este dispositivo estuvo fuertemente ligada al escenario de la época y al movimiento político y cultural de 1968 en Francia (con epicentro en el conocido “Mayo Francés”), que se caracterizó por un fuerte cuestionamiento a las instituciones, y al orden social vigente.

Retomando, dentro del análisis institucional, el concepto de Analizador es central. “A grandes rasgos, podemos decir que el analizador es toda aquella persona, situación, acción, que desconstruye lo instituido de la institución” (Brito, 1990: 143).

El analizador desinstitucionaliza, es un elemento provocador que cuestiona lo dado, revela y, quizás también, rebela lo instituyente bajo lo instituido. Así, es lo que posibilita que múltiples entrecruzamientos, las intersecciones para nosotros, se tornen visibles, haciendo aparecer elementos ocultos, catalizando significaciones, reuniendo lo que hasta entonces estaba disperso en el sistema.

Fenómeno social, el analizador jamás puede ser construido como por ejemplo, el indicador. Tampoco puede ser tan espontáneo como un acontecimiento estrechamente localizado e influyente del tipo noticia. Interroga simultáneamente al saber (la palabra, la escritura) y al poder. Con la información y la intervención mezcladas, el analizador analiza tanto nuestro deseo de saber, como nuestra posición en el seno de las relaciones sociales. (Lourau, 2008: 149)

Brito (1990) también hace una distinción entre analizadores. Él refiere a contruidos (por el analista, a modo de provocación), naturales (ya presentes en la institución o, según plantea el mismo autor en otro artículo, *“el que entra en el campo de intervención del staff analítico sin que éste se lo espere, y tiene que ver con los efectos de la intervención en vivo”* –Análisis institucional, socioanálisis e intervención institucional:64-65) e históricos (situaciones de crisis social que tienden a un Análisis Institucional generalizado al conjunto de la sociedad).

Finalmente, Brito (ídem: 155) establece que en 1972, Lourau esbozó algunas "leyes" o "efectos" sociológicos del análisis institucional. Uno de ellos es el efecto analizador. De ello destacamos que:

El Análisis Institucional aparece como un conjunto de prácticas y conceptualizaciones diversas, multirreferenciales, que permiten una reflexión y conceptualización de las formas específicas que adquieren las prácticas sociales. (...) puede entenderse desde otra perspectiva, como un movimiento, como un proceso social de conocimiento en sociedades cuya complejidad aumenta, generando procesos contradictorios en dinámicas específicas de poder. La reflexión sobre la problemática de la implicación resulta, de esta manera, un punto de abordaje privilegiado en Ciencias Sociales. Programa, paradigma y proyecto del Análisis Institucional conseguirían, así, una lógica de abordaje que permitirían nuevas síntesis en la problemática del conocimiento. (Brito, 1990:156)

En conclusión, lo que nosotros vamos a hacer es un análisis, no de instituciones “escolares” concretas e identificables, sino que nos abocaremos a ciertas institucionalidades dentro de la organización vigente en educación, o a la institución escuela, a través de sus documentos (no contruidos por nosotros, sino naturales al sistema) y de una entrevista a una persona que se desempeña en la Modalidad de Educación Especial como supervisora. Lo mismo, puesto a dialogar con los aportes de diferentes autores.

De la entrevista no hacemos un análisis exhaustivo, sino que a veces la citaremos para encontrar asidero en la práctica, desde otra mirada que no sea la nuestra.

Creemos que el conjunto de ello generará un cuestionamiento a ciertas formas de pensar e intervenir en las infancias, que, reunidas, podrían provocar tensiones que aporten a la discusión en el tema.

Entrevista a Supervisora de la Modalidad de Educación Especial

Lo subsiguiente es un intercambio (preguntas y respuestas enviadas de forma escrita, vía e-mail), que se realizó con una Supervisora de la Modalidad Especial, Provincia de Santa Fe. No se pudo realizar entrevista por motivos personales.

Cabe mencionar que la misma se concretó cuando la escritura ya se encontraba avanzada y quizás, como un intento (abierto e inconcluso) de poner a dialogar la argumentación teórica con experiencias de otros.

En relación a la educación especial, ¿cómo piensa usted que se encuentra actualmente posicionada en relación a la salud y/o al discurso médico? ¿Ha logrado tomar distancia? ¿En qué situaciones concretas advierte esto?

Considero que la Educación Especial aún no se ha podido “despegar” del paradigma médico, de una u otra manera siempre está presente, yo siempre digo que es como que hay un empecinamiento en quedar anclado en esa grieta, y en ocasiones “salir un poco” pero siempre volver nuevamente al origen, como algo que da tranquilidad, seguridad...difícil de explicar.

La educación especial aún se encuentra relacionada con un determinismo biológico, etiquetamiento, que se focaliza en el trastorno, lo que falta, el déficit, acompañado aún de actitudes de miedo y de rechazo (“Y si se escapa..., y si se golpea..., y qué van a decir los padres de los otros alumnos...”), percibiéndolo en muchos de los casos como peligroso e incapaz (“*Pero viste, es Down no va a aprender mucho.... ¿Y si le pega a los otros chicos?*”). Mil relatos, anécdotas que muchas veces se mezclan con la risa y el llanto, la comprensión y la incomprensión, la falta de humanización en una tarea que es estrictamente humanizadora, un juego casi perverso donde la “norma” marca la mirada, las actitudes, los comportamientos... y todo lo que está fuera de ella, según algunos, quedan excluidos, invisibilizados.

No quiero pecar de pesimista, pero muchas veces, quizás demasiadas veces, veo rodar mi optimismo frente un discurso fuertemente inclusivo, y por otro lado, una realidad que coincide con la representación social imperante y el aislamiento de las personas con

discapacidad. La escuela especial se constituye en ese “lugar adecuado”, casi “IDEAL” para aquellos que aún están “distantes” de la NORMA.

Las barreras al aprendizaje y a la participación aparecen en la interacción con la comunidad situándolos “fuera de...” toda pretensión de hacer efectivo un modelo social que permita ir construyendo escuelas inclusivas para todos/as y con todos/as.

Desde la Supervisión, se impone la compleja tarea de conducir al reposicionamiento de aquellas representaciones comunes a las actuales miradas inclusivas y de integración de estos sujetos, fundadas en las normas vigentes y, especialmente, en los valores igualitarios que éstas sustentan, al reconocer en una persona con discapacidad un sujeto de pleno derecho.

Sí, estoy convencida que se han sucedido avances... tres décadas en la modalidad me han permitido vivenciarlo, pero también es cierto que aún hay mucho por recorrer, cambiar....

Esto no es privativo de “algunos” en especial, sino de “cualquiera”, en cualquier nivel, modalidad, los equipos docentes, directivos, supervisores, organización, la sociedad misma. A veces aún me sorprende que la escuela especial sea una de las grandes “máquinas excluyentes o discriminativas”.

En las integraciones, en los docentes, directivos, supervisores, empresas... es algo con lo cual la sociedad aún no puede reconocer y trascender que delante de.... Hay un sujeto de derecho, una persona.

Me pregunto por qué y lo más lamentable es que no tengo la respuesta, aún cuando día a día intento encontrarla desde la cotidianeidad de mi trabajo docente, uno de los obstáculos más frecuentes, es la permanencia, en el imaginario social y pedagógico, del modelo tradicional del aislamiento fundado en la patologización de las personas con discapacidad, sin lugar a dudas.

Las escuelas especiales que usted acompaña, ¿han recibido pedidos de intervención *en relación a alumnos con “trastornos psíquicos graves”*, comprendidos en lo que se da a llamar, campo de la “*salud mental*”? ¿Han realizado intervenciones en dichos casos? ¿De qué tipo?

Por lo general todo alumno/a que fracasa en la escuela, su fracaso le es atribuible a sus condiciones particulares o a sus vínculos familiares, sin revisar la complejidad implicada que ha promovido ese fracaso. Por lo tanto ese alumno es “merecedor” y, más aún si es demasiado inquieto, revoltoso..., de ser “evaluado” por la escuela especial más cercana.

Por lo tanto, significativamente, niños con trastornos mentales severos solicitan intervención de la modalidad. Nada está claro aún al respecto, algunos aludiendo a su proyecto institucional son incorporados en las escuelas especiales, los menos; otros son “sostenidos” en la escolaridad donde asisten, algunos, los que tienen obra social, poseen acompañantes terapéuticos o docente de apoyo.

Los niños con estos trastornos no son contemplados dentro de la educación hospitalaria, sólo en ocasiones de transitar un episodio de enfermedad. Ej. Traumatismo de un brazo.

Algunos casos son derivados al equipo socioeducativo para que a partir de él se puedan constituir las redes que ese niño/a joven necesita para mejorar su calidad de vida

También se establecen nexos con salud para coordinar los turnos de terapia con la escolaridad...

¿Quisiera hacer algún aporte en este sentido?

Personalmente pienso que de alguna manera la educación domiciliaria debiera contemplar a esos alumnos, ya que en los casos de padecer algunas crisis que agravan su condición de salud por distintas causales, por ejemplo, falta de medicación apropiada, la “incorporación” al mundo escolar, que muchas veces es lo “único que ese sujeto tiene” se hace demasiado prolongado perdiendo meses de escolarización y de contacto con un “otro” (ej. El docente) que en la mayoría lo acoge, contiene, que le permite otro tipo de conexión con el mundo distinto al de la familia que también transita de cierto modo la crisis que su hijo está transitando.

¿Han recibido pedidos de intervención en relación a alumnos con diagnósticos de “trastornos no considerados graves” (*fobias, ansiedad, hiperactividad*)? ¿Han realizado intervenciones en dichos casos? ¿De qué tipo?

Tal como lo he manifestado, todo lo que no encaja en una “supuesta norma atravesada por la homogenización de un alumno ideal”, requiere por las escuelas ser “testado, evaluado por la educación especial” buscando afanosamente, con ceño de desesperación y hasta prepotencia que ese alumno sea atendido por ellos, aún en su propio ámbito.

Sabemos que la educación en sus prácticas docentes está impregnada de los viejos paradigmas, aún cuando sus hermosos discursos, casi convincentes dicen lo contrario, las escuelas “comunes” buscan inverosímiles excusas para no inscribir a los niños con dificultades, muchas veces los padres “peregrinan” para poder encontrar una escuela para sus hijos

Se realizan todo tipo de intervenciones, lamentablemente aún muchos de los equipos técnicos de las escuelas especiales, están anclados en teorías y evaluaciones biologicistas y psicométricas, por ello hasta algunos tienen la mala o buena suerte de matricularse en las escuelas especiales, otros forman parte de proyectos de integración, otros reciben dispositivos de asesoramiento en la escuela, otros son derivados a tratamientos... Otros están ahí....

Primer analizador: La Educación especial. ¿Lo comúnmente especial o lo especialmente común de la educación?

La Modalidad de Educación Especial es joven en relación a “la Común” y sin embargo, ha atravesado múltiples cambios y modificaciones, tanto en respuesta a lineamientos educativos nacionales, como al impacto que ellos reciben a partir de movimientos internacionales.

Lo especial, lo espacial.

La expresión “Educación Común” aparece ya en la primera Ley de Educación Nacional Argentina del año 1884, Ley N°1420, promotora de la Educación “*obligatoria, gratuita, gradual, y dada conforme a los preceptos de la higiene*”, de acuerdo al artículo N°2 de la misma.

En relación a ello, Salessi, J. (1995:14) menciona la importancia que tuvo la figura de Sarmiento como promotor del higienismo²², desde una mirada fuertemente organicista: “En Facundo, al concebir el territorio y la cultura argentina envueltos en una lucha entre civilización y barbarie, la mirada protomédica de Sarmiento vio una inmensa anatomía enferma”.

Por otra parte, en el artículo N° 11 de la Ley N° 1420, se mencionan, contrastándolas con las “escuelas comunes” a las “escuelas especiales”, haciendo referencia a Jardines de Infantes y Escuelas para Adultos, en determinados contextos como:

En los cuarteles, guarniciones, buques de guerra, cárceles, fábricas y otros establecimientos donde pueda encontrarse ordinariamente reunido un número cuando menos de cuarenta adultos ineducados. Escuelas ambulantes, en las campañas, donde por hallarse muy diseminada la población no fuese posible establecer con ventaja escuelas fijas.

²² De forma correlativa, en el campo de salud, este movimiento también fue de gran auge. La primera ley registrada en el campo de salud es la N° 11843, sancionada y promulgada en junio de 1934, la que refería a: Profilaxis de la peste y desratización obligatoria en todo el territorio de la Nación. La misma, de clara impronta higienista, se limitaba a ordenar el modo de proceder acerca de la eliminación de ratas y las enfermedades que las mismas acarreaban.

En este apartado parecería que las variables temporo-espaciales juegan un papel preponderante. Lo infantil o lo maduro; la lejanía o cercanía, la fijeza o el movimiento, el dónde se encuentran las personas y el aquí o allá en el que se enseñe, son claves que delimitan lo común o lo especial.

Pero, paralelamente a los albores de esta Ley, otros movimientos comenzaban a ocuparse de los sujetos que quedaban aparte, quienes pasarían a conformar luego, las clases de Educación Especial. Dentro del Anexo 4 de los “Materiales de Trabajo para la Elaboración de un Acuerdo Marco para la Educación Especial” (1998), se narran los principales hitos de la Educación Especial en nuestro país, situando los inicios de la misma en la Creación del Hospital de San Martín y en la Casa de Expósitos, durante la época de virreyes y gobernantes españoles. Posteriormente, sitúan como relevante la creación del Protomedicato y la Sociedad de Beneficiencia. Todas estas instituciones albergaban a personas con discapacidad mental así como a personas sin hogar. Es decir, les daban un espacio físico para estar, pero sin considerarlos capaces de aprender. Eran atendidos como incapaces o enfermos. Por lo tanto, como se narra en el documento “La integración de los alumnos con Necesidades Educativas Especiales” (1999), sobre lo que ocurrió en el siglo XIX:

El niño deficiente es considerado como un enfermo y además como un niño permanente, por lo tanto las personas que lo atienden pertenecen al área de salud porque por sus características, es considerado sin posibilidades de decidir. Para ello, se lo ubica en instituciones con régimen de semi-internado, en donde no se desarrolla un proceso educativo, ni de trabajo sino de tipo terapéutico o recreativo. (p. 26)

Esto es congruente además, con la nosografía de Pinet desarrollada en el siglo XIX, en la que diferenciaba enfermos y deficientes mentales, clasificándolos en dementes e idiotas. Para él, ninguno de ellos era susceptible de recibir educación, por lo que eran internados. Luego, el psiquiatra Esquirol incorporó el abordaje “educativo” al tratamiento médico, primero, en los asilos hospitales, convirtiéndolos luego en asilos-escuelas. (Documentos sobre Educación Hospitalaria. P. 36. También presente en la p. 6 del anexo)

En 1857 nace la Fundación Filantrópica Regeneración, de amparo, protección y educación al sordomudo, considerada la primera escuela especial, que en 1881 pasó a

depender del estado nacional, porque hasta ese momento, organizaciones no estatales eran protagonistas de estas iniciativas.

En los años siguientes, se realizó un censo nacional sobre personas con afecciones auditivas y del habla; se llevaron adelante disertaciones sobre el tema en el Primer Congreso Pedagógico Internacional y se creó el Instituto Nacional de Sordomudos (1885), con características similares a la estructuración de las escuelas comunes; institución que dio origen a otra paralela, destinada a mujeres, en 1902. En el mismo año, época de pestes, se creó la primera escuela para la educación de personas ciegas y poco después, el Instituto Nacional de Ciegos (1908). Esto se debió a que, producto de una epidemia de viruela, muchos niños quedaron ciegos.

Casi al mismo tiempo, el Dr. Adolfo Valdez impulsó la creación de clases especiales dentro de las escuelas para responder a las dificultades de aprendizaje que presentaban algunos niños. Además, en 1912 surgieron las Escuelas al Aire Libre, por la creencia de que los niños con “debilidad mental” necesitaban de la vida sana y la actividad física, de forma particular.

La perspectiva plenamente educativa parece tomar fuerza en 1914 con los primeros cursos dictados a docentes para trabajar con niños considerados discapacitados mentales. Posteriormente, un médico, el Dr. Olivieri, presentó un proyecto para la creación de clases diferenciales en escuelas comunes, lo que se concretizó en 1929 en 80 escuelas; y en el mismo año se fundó el Instituto de Psicología Experimental, anexo a una Escuela Especial.

De forma clara, el discurso médico marcaba el norte, liderando las decisiones, las prácticas, los sentires y decires. Aquí vemos como, retomando nuestras primeras consideraciones, ya no es la lepra, pero sí su fantasma, y los mecanismos de control, los que expulsan, separan, dividen, clasifican.

Lo anterior se relaciona a su vez, con una ley claramente relevante en función de lo que en este trabajo nos proponemos pensar, es la N° 12558, ya que evidencia un fuerte entrecruzamiento entre educación y salud. La misma, que data del año 1938, legisla sobre la creación de la Comisión Nacional De Ayuda Escolar. Dicho organismo tenía como objeto “el cuidado de la salud física y moral de la niñez en edad escolar, especialmente en las provincias del Norte y territorios nacionales.” Lo mismo, de acuerdo al texto, implicaba la asistencia médico escolar (atención médica gratuita a domicilio y en

consultorio, así como también en las escuelas; más entrega de medicamentos). Para ello, además de contar con médicos y odontólogos, había participación de docentes.

La misma ley especifica que los maestros iban a ser preparados para que puedan practicar curaciones a los niños de su grado, si sufrieran enfermedades de fácil tratamiento.

Más adelante, el texto enumera una serie de facultades con las que contaba la Comisión Nacional De Ayuda Escolar, a partir de las cuales podía instrumentar los recursos de la educación pública (materiales y no materiales, como la acción conjunta con cooperadoras escolares) para hacer cumplir el objetivo de la ley. Asimismo, se menciona la importancia del comedor escolar como una forma de asegurar que los alumnos reciban alimento.

Entonces, si el maestro podía curar, seguramente, antes debía diagnosticar. Resabio que veremos reaparecer en las diferentes modalidades abordadas en el presente trabajo.

Casi paralelamente, en el año 1939, alumnos con afecciones motoras comenzaron a asistir a las escuelas especiales, por intermedio del Consejo Nacional de Educación.

Luego, con la creación de la Dirección General de Sanidad Escolar, las escuelas especiales pasaron a depender de ella, en el curso del año 1948; año en que también se crearon las Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias.

Sucedió en 1972 que se originó la Dirección Nacional de Educación Especial, dentro del Ministerio de Educación y Justicia. Sobre ello, Pérez²³ (2014:3) advierte que “las escuelas que entraban en su órbita conformaron un sistema separado de la Educación *Común*”, idea coincidente con lo expuesto por el documento provincial:

Las instituciones se multiplican y se diferencian en función de las distintas etiologías: ciegos, sordos, deficientes mentales. Estas escuelas especializadas, segregadas en su mayoría de las escuelas comunes, con sus propios contenidos, técnicas y especialistas, constituyeron un sistema de la educación

²³ Andrea Verónica Pérez, en su tesis de doctorado en Educación, Universidad de FLACSO, que tuvo a Carlos Skliar como Director, problematiza la división entre común y especial en la educación, así como en temas concernientes a ética y alteridad en “Educación Especial y Alteridad: en busca de lo común” (2013), analizando aspectos legales de la educación común y sus modalidades en Argentina que luego la llevan a reflexionar sobre las diferencias humanas y la discapacidad para asociarlo, por último, con lineamientos curriculares de formación docente.

especial diferenciado dentro del sistema educativo general. Así, se lo consideró como un sistema paralelo. (1999:27)

El antes mencionado documento considera que un indicio de aproximación entre modalidades fue la creación de Grados Radiales en la provincia de Santa Fe, durante la década de los años 60. Estos eran grupos de alumnos con Necesidades Educativas Especiales, al decir de las formas epocales, que funcionaban dentro de Escuelas Comunes, dependientes de Escuelas Especiales, tanto pedagógica como administrativamente.

En cambio, Pérez sitúa a la década del 80 y las primeras experiencias de Integración, como incipientes intentos de acercamiento entre lo común y lo especial, que la misma autora señala, no se realizaron sin *“fuertes dificultades de implementación”* (2014:3). Las primeras experiencias de Integración se realizaron con alumnos con discapacidad auditiva (1985) y, aproximadamente, desde 1991, con alumnos con discapacidad intelectual, de acuerdo al Documento Ministerial (1999:29). En contraposición, el documento *“Integración Educativa”* del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe (2004), narra que estas experiencias tuvieron inicio en la década del 50, cuando ingresaron a la escuela común niños con secuelas motoras, producto de la epidemia de poliomielitis infantil que aconteció en nuestro país en esos años.

Lo especial, más de/para lo mismo. Hacia un Sistema Educativo integrado e integrador

Posteriormente, con la sanción de la Ley Federal de Educación, en el año 1993, la Dirección Nacional de Educación Especial fue disuelta y algunas palabras se re-movieron.

El término especial apareció en dos sentidos: como una serie de programas especiales, destinados al acceso, permanencia y egreso del sistema educativo de todos los habitantes. Y, por otra parte, se mencionan regímenes especiales (art. 11), destinados no a todos, sino a aquellos sujetos con *“necesidades que no pudieran ser satisfechas por la Estructura Básica”*. Esto último marca una oferta diferenciada, que se caracterizaba por *“menor duración y con preparación ocupacional específica”*.

Dentro de los regímenes especiales es que se sitúa (cap.VII) a la Educación Especial, de Adultos, Artística y Otros (*“alumnos/as con capacidades o talentos especiales;*

Educación Abierta y a Distancia; acciones educativas impartidas a niños/as y adolescentes que se encuentren internados transitoriamente. Artículo 34 – (...) *rescate y fortalecimiento de lenguas y culturas indígenas*”).)

En este texto, cuando se explayan acerca de la Educación Especial, lo hacen otorgándole tanto un carácter preventivo como vigilante, ya que contempla el desarrollo de acciones “dirigidas a la detección de niños/as con necesidades especiales”. Muy a pesar de las advertencias de Mannoni (2002:83-84):

Recibir prematuramente el rótulo de inválido y una pensión (aunque se eluda la reclusión) es para muchos niños el medio más seguro de quedar para *siempre separados de la vida (y de toda auténtica formación profesional)*. (...) de ahí en más, su destino (ligado a la angustia de los padres) será “no asumir ningún riesgo”; en otras palabras, *abstenerse de vivir*.

Respecto a los objetivos de la Educación Especial, el art. 28 de la Ley menciona “Garantizar la atención de las personas con estas necesidades educativas desde el momento de su detección” y “Brindar una formación individualizada, normalizadora e integradora, orientada al desarrollo integral de la persona y a una capacitación laboral que le permita su incorporación al mundo del trabajo y la producción”. De esta manera, se postulan unos objetivos puntuales, a cumplir luego de detectar... cristalizar, encerrar, parcializar la mirada sobre una persona, podríamos decir nosotros. Sobre una persona y sobre la Educación. Aquí se produce un evidente corte. Luego de identificar quién sería poseedor de necesidades educativas especiales, se brindaría algo también “especial”, léase una “*formación individualizada, normalizadora e integradora*”, orientada al desarrollo integral y capacitación laboral con fines económicos productivos. Aquí el ímpetu por vigilar de cerca cualquier desvío, nos remite a las consideraciones acerca de salud y educación que ya hemos hecho, así como a los interrogantes que plantea Frigerio (2008: 37-38), en relación a las infancias:

¿Qué se «deposita» en los niños y adolescentes? ¿Qué hace obstáculo a la *hospitalidad de vida y debida a las nuevas generaciones?* (...) ¿Qué impulsa a dividir las vidas, decidiendo anticipadamente que estos serán los filiados y herederos y aquellos, los desafilados y sin parte?

Posteriormente, la misma autora ensaya una posible respuesta, formulada nuevamente, a modo de pregunta (Ídem: 47- 48):

Caratular a los niños, ¿expresaría el intento de control de aquello que es desconocido e inquietante para los adultos? Sostendremos que el niño, como extranjero, como alteridad radical, puede atraer en los adultos los fantasmas de lo temible, de lo desconocido, no controlable y no pensable; por ello, fácilmente ocupa el lugar de objeto maléfico, cuyo etiquetamiento y confinamiento oficia de protección.

La ley postulaba la intención de que los alumnos retornen a las escuelas comunes, tan pronto sea posible, legitimando una vez más que común y especial eran sistemas educativos diferenciados, y el desmedro por lo especial. Lo especial, sinónimo de personal especializado, currículo particularizado, organización escolar, infraestructura y material didáctico diferenciado.

Desprendido de la misma ley, en el año 1993 (fecha 27 de septiembre) se instrumenta el Decreto N°2679 del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe, dado a titularse: “Reglamento de los servicios educativos de la modalidad especial”, tomando en consideración un anteproyecto que funcionara del año 1990 a 1991 para que “atienda a la problemática educativa de las diferentes discapacidades en su tres niveles: inicial, *primario y post primario*”. En el mismo se reseñan los objetivos de la educación especial, haciendo referencia a prevenir situaciones que pudieran generar discapacidad; a brindar orientaciones y facilitaciones de índole terapéuticas y educativas para niños en riesgo; posibilitar la integración de alumnos de la modalidad en las escuelas comunes; promover formación integral, integración social, preparar a las familias y a la comunidad para la aceptación e integración, en miras a la adaptación social y ocupacional.

El mismo decreto se expide sobre normas generales, roles y funciones, atribuciones de los diferentes actores intervinientes (docentes, personal de los servicios psicopedagógicos), pero sobre todo se expone sobre las “Normas especiales para los servicios de cada nivel”, léase: nivel inicial especial, nivel primario especial, nivel post-primario especial; el número de alumnos que puede tener a cargo cada docente, de acuerdo a la “deficiencia” de los niños, así como las normas comunes a los antes mencionados y, por último, las concernientes a los grados radiales.

Dentro de las referidas normas, se especifica detalladamente características de la “población” partiendo de lenguaje claramente médico y relacionado con el paradigma psicométrico. Se puede leer sobre discapacitados mentales, visuales, auditivos, multi-impedidos y sociales. Se habla de clase y sub-clase de discapacidad. Se habla de patologías. De leves, moderados y severos. Se exige diagnóstico inicial. Se postulan requisitos de permanencia (entre ellos, que las conductas logradas coincidan con la mayoría de las conductas esperadas para su edad de desarrollo), que de no ser cumplidos, motivarían el “egreso” de la institución. Esto es un claro ejemplo de diferentes modos para regular y controlar la alteridad, de acuerdo a Skliar y Duschatzky (2000:2-3). Representaciones que otorgan calma; maneras de pensar al otro:

Que, sólo en principio, pueden parecer sutiles variaciones dentro de una misma narrativa. Entre ellas: la demonización del otro; su transformación en sujeto "ausente", es decir, la ausencia de las diferencias al pensar la cultura; la delimitación y limitación de sus perturbaciones; su invención, para que dependa de las traducciones "oficiales"; su permanente y perversa localización del lado de afuera y del lado de dentro de los discursos y prácticas institucionales establecidas, vigilando permanentemente las fronteras; su oposición a totalidades de normalidad a través de la lógica binaria; su inmersión en el estereotipo; su fabricación y su utilización, para asegurar y garantizar las identidades fijas, centradas, homogéneas, estables.

Siguiendo con la historicidad que nos proponemos construir, en el año 1997 el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación lanza “Hacia un Sistema Educativo integrado e integrador. De la pre-ocupación al ocuparse”, dentro del Plan Social Educativo. Este texto refiere a que están teniendo lugar nuevas perspectivas en educación especial (p.31), como por ejemplo, citan la incorporación de niños que antes no eran atendidos “por la gravedad de sus dificultades”, el aumento de los proyectos de integración, la interrelación con instituciones comunes y la apertura a distintos niveles del sistema educativo.

Posteriormente se pone énfasis en el Principio de Normalización, entendido como “que la sociedad se aboque a garantizar a todos sus miembros, sin discriminación, el acceso a las mismas posibilidades de interacción e inserción social que tienen los sujetos

considerados normales –que representan a la media estadística general-“(p. 32). En este extracto el ideario homogeneizador se transparenta sin tapujos, al mismo tiempo que el borramiento o la anulación por buscar lo común, acordando con Frigerio, G. (2008:260) en que “Buscar lo común es oponerse y contraponer al totalitarismo del uno, la compleja simultaneidad de los polifónico, plural y múltiple.”

En lo subsiguiente, se conceptualiza acerca del currículum y sus adaptaciones y de las Necesidades Educativas Especiales, sobre las que aclaran “*el término (...), utilizado en la Ley Federal de Educación, (...), no debe ser entendido como una nueva manera de llamar a la discapacidad*” (p.38). Así, la definición que proponen es: “un desequilibrio en una dinámica en la que están comprometidos todos los componentes del triángulo didáctico y su contexto situacional” (p.38), por lo que caracterizan el alumno con NEE como:

Aquel que tiene mayores dificultades para aprender que sus pares, porque presenta alguna problemática de discapacidad, o un trastorno específico, o una situación contextual desfavorable: lo que le obstaculiza el aprovechamiento de los recursos educativos de la escuela común, necesitando de apoyos especiales.

En línea con lo anterior, en el año 1998 se realiza un trabajo con participación de las provincias, a fin de elaborar un Acuerdo Marco para la Educación Especial. Lo mismo, bajo el abrazo del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y el Consejo Federal, también nombrado como “Documentos para la Concertación, Seria A, N°19”. En el mismo se plantean, como elementos novedosos, superar la situación de subsistemas en educación aislados y priorizar el modelo pedagógico, superando el modelo médico y psicométrico, con énfasis en el diagnóstico y la clasificación (p.3).

Entonces, se vuelve a reconocer la división común/ especial, tal como en el momento fundacional de esta última, así como la cercanía de lo especial con el modelo médico terapéutico. Nótese, sin embargo, el paso de casi 20 años en la línea histórica.

Aquí se sostienen las ideas de adaptaciones curriculares como “estrategias y recursos educativos adicionales que se implementan en las escuelas para posibilitar el acceso y progreso de los alumnos con necesidades educativas especiales en el currículum” (p. 6), detallando las de acceso, curriculares propiamente dichas y de contexto. El acceso es al

currículum único, para que todos aprendan lo mismo y en la misma escuela, como lo desarrolla Terigi, F. (2008) en relación a las diferentes interpretaciones que se han estructurado dentro del sistema educativo argentino en torno a la inclusión y “lo común”.

La autora concluye ese apartado diciendo:

El hallazgo –un gran hallazgo- de la crítica pedagógica es que, para que todos aprendan lo mismo, se requiere romper la homogeneidad de la propuesta educativa. Pero lo común sigue siendo lo mismo. Escuelas diferentes, propuestas diversificadas, para aprender las mismas cosas. (p. 212)

Al año siguiente, 1999, el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación edita: “El aprendizaje en alumnos con necesidades educativas especiales. Orientaciones para la elaboración de adecuaciones curriculares. Hacia las Escuelas Inclusivas”. En el mismo se retoma el Acuerdo Marco y luego se brindan “generalidades” respecto al aprendizaje en alumnos sordos, con impedimento visual, retardo mental, trastornos emocionales severos, de altas capacidades y con discapacidad motora. Cabe destacar que inclusión hace su primera aparición, pero parece ser dejada en un segundo plano, sólo en un subtítulo, sin ser profundizada. En la página 3 del mismo se hace una breve referencia, de la siguiente manera: “Una escuela inclusiva es aquella que brinda educación de calidad a todos los alumnos de su comunidad”. Pero los conceptos estrellas siguen siendo Diversidad-Necesidades Educativas Especiales (NEE)-Adecuaciones curriculares.

Otro aspecto de relevancia es que en el punto 2.2 (p.6) del documento analizado, “Los nuevos paradigmas de la Educación General y Especial”, lo “común” aparece reemplazado. Así, Especial, se acerca a “específico”, quizás un antónimo más directo con lo General.

Siguiendo el mismo documento, en un cuadro (p.10) se puede leer:

Todos los alumnos tienen necesidades educativas que son resueltas por los maestros y las instituciones. Algunos tienen necesidades educativas que los maestros y las instituciones no pueden resolver. Requieren recursos adicionales. Son los sujetos que tienen necesidades educativas especiales. Algunos de los alumnos que experimentan necesidades educativas especiales

son discapacitados. Hay alumnos discapacitados que no experimentan necesidades educativas especiales en determinadas áreas o contextos.

Aquí se deduce que “lo especial” estaría signado por una cuantificación de recursos. Tendría que ver con necesitar “un poco más que los otros”. No diferentes, sino que aparentemente, más de lo mismo... Un extra que excedería a lo ofertado.

Del mismo año que el documento anterior, es la edición del Documento de la Provincia de Santa Fe: “La integración de los alumnos con necesidades educativas especial a la Educación Común”. En consonancia con el texto nacional, el presente aborda la Atención de la Diversidad, las NEE derivadas de déficits (visual, auditivo, motor, mental o Trastornos de la personalidad); se ocupa del “Proceso de Integración Escolar como parte de la Integración Social”; de las Adaptaciones Curriculares como respuesta a la diversidad. Aquí también se encuentra un recorrido histórico de la Educación Especial que luego de la institucionalización, de la creación de escuelas especiales, de las experiencias de integración, postula como última etapa una Educación para todos: escuela inclusiva, lo que significaría “la plena integración de todos los alumnos con necesidades educativas especiales en aulas comunes” (2009:22). Este término es planteado como opuesto a la segregación, sustituiría la idea de déficit por posibilidades y potencialidades individuales, propone la adaptación de la escuela a las necesidades de los alumnos, y significaría “una nueva cultura que corresponde a condiciones históricas del emergente siglo XXI” (1999:30). Al mismo tiempo, se reconocen las controversias que esta postura conlleva y la sitúa como una meta a largo plazo.

Reforzando la idea anterior, en 2004 el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe lanzó el documento: “Integración educativa”, que se proponía “propiciar espacios y tiempos para la autorreflexión y la reflexión conjunta; intenta poner en tensión los propios marcos conceptuales y las propias prácticas, abrir preguntas, debates, arribar a algunas certezas, también provocar incertidumbres.” (p.1). En el mismo, el énfasis puesto en la Diversidad sigue siendo muy fuerte y sostiene asimismo las ideas de Integración, Normalización y NEE. Por otra parte, es interesante notar el subtítulo: “Hacia un Sistema único. ¿Cuál es el objetivo de la educación especial en esta etapa de transición?” (p.9), en el que implícitamente (o no) se admite la vigencia de la separación entre lo común y lo especial (cuando en la pág. 43 se asevera que la oposición común/especial no existe ya que

ambas son modalidades dentro de un mismo sistema educativo). El apartado finaliza diciendo, respecto a las metas de la Escuela Especial (p.9). :

Avanzando desde una educación segregadora a una educación integradora que responda a las NEE de todos los alumnos, ya que cuenta con personal preparado para trabajar en educación de alumnos con necesidades especiales y puede crear opciones curriculares innovadoras. Por eso es conveniente que la escuela especial pueda generar vías de comunicación más explícitas con la escuela común.

De esta última cita, parece desprenderse que la transformación, lo no segregatorio, lo innovador, la capacidad de inventiva, sólo quedaría del lado de lo especial. Mientras tanto, lo común se emparentaría con lo expulsivo, lo ya hecho, por lo que debe esperar el socorro de “lo especial” para generar algo nuevo. Observamos en los documento que venimos analizando cierta entronización e idealización concerniente a la Modalidad Especial, en detrimento de lo común. Y lo que discutimos no es cuál de las dos tiene más recursos o mayor creatividad y pericia pedagógica. Todo lo contrario. Postulamos que esta división, esta construcción de bandos no es mucho más que eso: un constructo endeble que debe ser dejado a un lado para construir justamente algo para ofrecer, algo de lo común, de lo auténticamente común, sin ser lo mismo. Por lo tanto, la integración podría situarse como un intento de acercamiento, de acuerdo al desarrollo que veníamos haciendo, aunque el movimiento es unidireccional, de lo especial a lo común y no viceversa.

En la pág. 22 de este documento, una serie de párrafos nos resultan importantes de analizar:

La educación como cualquier otra disciplina tiene sus límites y si la posibilidad de aprender no está dada o no se puede constituir, es evidente que se trata de un alumno que no está en condiciones de afrontar un proceso de integración.

La integración en muchos casos no es posible. Tener en cuenta esta posibilidad es una ayuda tanto para la salud psíquica del alumno como para la del docente.

El alumno que se ve obligado a estar en un lugar donde las diferencias son muy grandes suele hundirse en la impotencia o en el rechazo a la educación.

El docente que no puede enseñar y actuar con las herramientas propias de su profesión suele presentar cuadros de angustia, malestar e impotencia.

Estos párrafos son muy contundentes. Lo supuestamente “evidente” no hace más que generarnos resquemor, porque no deja lugar a la pregunta, y pone al alumno como responsable de que el aprender no pueda suceder, dejando por fuera a todos los demás factores humanos y contextuales que participan de la situación escolar de enseñanza y aprendizaje. Además, la integración pareciera ser algo ajeno a la educación, a la que muchos podrían negarse, escudo pasible para los espíritus “enfermos”. Asimismo, la cuantificación o medida de “las diferencias”, su connotación negativa, son marcas no ingenuas... palabras de un documento de poco más de diez años. ¿Marcas persistentes aún hoy?

Y, justamente, en la página siguiente exponen:

Es de suma importancia afinar la oreja a estas cuestiones discursivas a fin de pensar en qué posición se encuentran aquellos sujetos inmersos en el sistema educativo, ya que si bien se mencionó anteriormente que la institución es generadora de un discurso particular, este discurso tiene encarnación en aquellos que hablan, dentro o fuera de la institución. (p.23)

... y en los Documentos, también, diremos nosotros.

Sin embargo, el texto luego dice que tanto docentes como factores institucionales y los padres, también son responsables del éxito o fracaso de la integración.

Los anteriores apartados²⁴ dan cuenta de que existirían diferentes cosas para diferentes personas; diferentes y varios currículums, al igual que escuelas. Pero no cualquiera podría acceder a aquellos. Habría algunos elementos privativos para unos y no para otros. De acuerdo a sus necesidades, claro está (léase la ironía). Se trataría de algo preestablecido, irrevocable, una propuesta cerrada; que un alumno podría o no “ambicionar”, desear, elegir, ¿merecer? Contradictoriamente con enunciados de la pág. 38 y 39 que proponen currículums abiertos y la integración como una cuestión de derechos, no de privilegio.

²⁴ Más otros que puedan interesar al lector, pero que no fueron incluidos en el presente trabajo, ya que consideramos que los aquí expuestos resultan suficientemente contundentes para la idea que se quiere desarrollar.

Además, esta es la época en que las declaraciones, conferencias e informes internacionales, se pronuncian buscando el cumplimiento de derechos, entre ellos, el de acceso de la educación. Lo mismo está disponible tanto en el Documento Ministerial como en la tesis de Pérez. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es la más citada. Fue aprobada mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y, en nuestro país, se sancionó como la Ley N° 26.378 el 21 de mayo de 2008.

Lo especial, una modalidad transversal. Inclusión²⁵ y Discapacidad.

El siguiente hito en el relato que estamos construyendo, es la Ley de Educación Nacional N°26.206, vigente desde el año 2006 y hasta la actualidad. En la misma aparece el vocablo inclusión como representante de un nuevo paradigma y es aquí que la educación especial pasa a ser una Modalidad comprendida dentro de la Educación Común, de acuerdo con el artículo 17:

La estructura del Sistema Educativo Nacional comprende cuatro (4) niveles –la Educación Inicial, la Educación Primaria, la Educación Secundaria y la Educación Superior-, y ocho (8) modalidades.

A los efectos de la presente ley, constituyen modalidades del Sistema Educativo Nacional aquellas opciones organizativas y/o curriculares de la educación común, dentro de uno o más niveles educativos, que procuran dar respuesta a requerimientos específicos de formación y atender particularidades de carácter permanente o temporal, personales y/o contextuales, con el propósito de garantizar la igualdad en el derecho a la educación y cumplir con las exigencias legales, técnicas y pedagógicas de los diferentes niveles educativos. Son modalidades: la Educación Técnico Profesional, la Educación Artística, la Educación Especial, la Educación Permanente de Jóvenes y Adultos, la Educación Rural, la Educación

²⁵ Inclusión es una palabra que ha tomado gran relevancia en las políticas públicas de la última década y esto excede a la Modalidad de Educación Especial. A partir de la misma se han abierto importantes debates, que nos parecen sumamente interesantes, especialmente, los que evidencian la relación inclusión-exclusión como pares indisociables. En función de ello, sugerimos remitirse a dos interesantes investigaciones realizadas en el marco de esta misma Maestría por Pietroni, M. y Mántaras, B.

Intercultural Bilingüe, la Educación en Contextos de Privación de Libertad y la Educación Domiciliaria y Hospitalaria.

Así, los antes llamados Regímenes Especiales, pasan a nombrarse como Modalidades, ampliándose en términos cuantitativos al mismo tiempo.

En el marco de esta Ley, Educación Especial, desarrollada en el cap. VII, se liga directamente con discapacidad, “La Educación Especial es la modalidad del sistema educativo destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo” (Art. 42), sosteniendo la idea, persistente desde el inicio del recorrido que estamos construyendo, de “identificar tempranamente las necesidades educativas derivadas de la discapacidad o de trastornos en el desarrollo” (Art. 43)

En el artículo 42 se agrega: “*La Educación Especial brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas que no puedan ser abordadas por la educación común*”. Por ende, se sostiene la misma idea, que habría demandas a las que lo común no podría dar respuesta, por lo que otro/s tendrían que responder... la Modalidad Especial. Lo especial sería algo específico, por fuera o extraño a la educación común, ya que la excede. ¿En qué encrucijada nos coloca esta afirmación?, ¿cómo proyectar integraciones interinstitucionales (común-especial) si las escuelas comunes no pueden abordar las problemáticas que implicaría lo especial?

Prosiguiendo, en el espíritu de la nueva ley, el año 2008 y principio de 2009 fue empleado para encuentros regionales y nacionales organizados desde la modalidad, que resultaron en la creación de acuerdos transcritos en el Documento del Ministerio de Educación de la Nación “Educación Especial, una modalidad del Sistema Educativo en Argentina, Orientaciones 1” (2009), según lo que atestigua el mismo. Ya desde el título es claro el hecho de resaltar la idea de modalidad, dimensión enlazada con intentos de superar la división o paralelismos de sistemas. De la misma manera, se reubican ciertos términos como los de integración/inclusión, proponiendo la primera como un medio estratégico-metodológico, cuasi subordinado, que posibilita lo segundo. La inclusión²⁶ pasa a ser un principio rector, una filosofía colectiva que hace accesible todo para todos, “La inclusión se presenta como un enfoque filosófico, social, político, económico y especialmente

²⁶ Vale nuevamente sugerir al lector remitirse a los aportes de Pietroni, M. y Mántaras, B.

pedagógico (...) La educación inclusiva se refiere a la capacidad del Sistema Educativo de atender a todos, niñas y niños, sin exclusiones de ningún tipo” (p.12). Idea resaltada a lo largo de varias páginas, como por ejemplo, en la 14:

La inclusión es principio, proceso, acción social, colectiva, que resulta de una construcción simbólica de los grupos humanos, de las comunidades educativas, contribuyendo a mejorar las condiciones de los entornos para *acoger a todos. Proponemos pensar la integración como “un medio estratégico-metodológico”*. La integración es una estrategia educativa que hace posible la inclusión de muchos sujetos con discapacidad en la escuela común.

Aquí se trata específicamente sobre las personas con discapacidad (desde el Modelo Social²⁷ adoptado por organismos internacionales) y también se introduce el término de Trayectorias Educativas Integrales que darían cuenta de lo tecnológico, artístico y cultural, en contraposición a visiones de modos únicos y lineales de transitar la escolaridad, tomando a su vez la distinción que hace Flavia Terigi sobre trayectorias teóricas y reales. Además, se introducen los Dispositivos y Configuraciones de Apoyo, como concepto superador de las Adecuaciones Curriculares, ya que aquellos implican “redes, relaciones, posiciones, interacciones entre personas, grupos o instituciones que se conforman para detectar e identificar las barreras al aprendizaje y desarrollan estrategias educativas para la participación escolar y comunitaria” (p.39).

En consonancia con lo anterior, en el año 2009 se lanzó en la provincia de Santa Fe el Proyecto “Volver a pensar el Sujeto de la Escuela Especial”²⁸. El mismo consistió en una serie de encuentros presenciales con referentes nodales (supervisores y directores), de todas las escuelas especiales de la provincia; instancias de trabajo que luego eran replicadas dentro de las instituciones, más otros espacios virtuales para compartirlo. En los mismos se problematizó acerca de la Educación Especial, con la mediación de un Equipo Territorial Referente, conformado por Prof. Especialista Marta Beatriz Mucarzel, Prof. Maester Stella Caniza de Páez e Ing. Horacio Pereira. El objetivo central fue pensar acerca

²⁷ En el punto “e” de la convención se entiende que: *“la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”*

²⁸ Disponible en http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/guia/proyectos_sub_educacion?proyecto=93317
<http://volverapensar.bligoo.com.ar/>

de los criterios de ingreso, permanencia, egreso e integración de los alumnos de la modalidad.

De este Proyecto se desprendió una consigna para equipos técnicos y directivos de escuelas especiales del territorio, quienes luego debían trabajarlo al interior de sus instituciones.

Dicho proyecto produjo una serie de documentos con la misma titulación: Presentación, Introducción, Conclusiones; más el nuevo Diseño Curricular Jurisdiccional para la Educación Integral de Adolescentes y Jóvenes con Discapacidad, aprobado por Resolución N°1557²⁹, el 13 de septiembre de 2011.

En el documento de presentación se puede leer que las preguntas que dan inicio al proyecto tienen que ver con la relación entre la modalidad educativa especial y la educativa común, particularmente en cuanto a los criterios de admisión, permanencia y egreso de alumnos en una y otra modalidad. En el mismo se realiza un fuerte cuestionamiento a la asociación entre pobreza y discapacidad; pobreza y fracaso escolar; pobreza y educación especial; enfocando el análisis en clave histórica económica. Así, los autores escriben, luego de citar cifras (p.4):

Este es el contexto del nacimiento de una generación de niños que existiendo en condiciones de extrema pobreza, pero sin tener una discapacidad *demonstrable, fracasan en la escuela común. (...) Porque las exclusiones de la escuela común, y la aceptación que muchas veces realiza la escuela especial de esta población, es la trama conceptual y práctica que sostiene porqué reflexionar acerca del sujeto de la escuela especial, de sus capacidades cognitivas y recursos subjetivos.*

En referencia a lo anterior, Carina Rattero (2011, p.183) escribió:

²⁹ El Diseño Curricular Jurisdiccional para la Educación Integral de Adolescentes y Jóvenes con Discapacidad, regula la propuesta para los alumnos del nivel post-primario de la modalidad (de 14 a 22 años), proponiendo materias electivas y otras obligatorias, más integraciones en nivel secundario que no conllevan la necesidad de cursar la totalidad de los espacios curriculares del nivel necesariamente, conformando trayectorias e itinerarios individualizados. El texto intenta marcar el pasaje de la Formación Laboral y la pedagogía centrada en el “hacer mecánico” a volver la mirada hacia la alfabetización y los contenidos curriculares.

El peor enemigo de la educación no es la pobreza sino el fantasma que se proyecta sobre el nominado pobre: la idea de determinación, la escasez de expectativas y de ofrecimientos, la creencia en lo inexorable. Lo que ante nuestros ojos se presenta imposible de cambiar.

En la Introducción, ratifican la idea anterior diciendo por ejemplo, que “encontramos niños/as que por cuestiones culturales - sociales y de carencias socioeconómicas se hallan segregados de la escolaridad común y terminan por ser alumnos de la escolaridad especial” (p.4), analizando la noción de “normalidad” en el transcurrir histórico y reflexionando críticamente sobre él. Proponen debatir acerca del concepto de “inteligencia” acordando con la postura de Alicia Fernández, psicopedagoga con orientación psicoanalítica, rescatando lo singular de los procesos de aprender y alejándose del paradigma médico y psicométrico y adhiriendo a la idea de igualdad desde una perspectiva geométrica, citando a Castoriadis (p. 9 - 10):

De acuerdo a la proporción del esfuerzo y a las capacidades de cada uno. Nos inclinamos por esta última interpretación porque creemos que es la más democrática y, por lo tanto, más habilitadora para que el niño/a se constituya subjetivamente.

En relación a ello, el equipo referente enumera una serie de cuestiones que sería necesario rever para alcanzar este tipo de igualdad: un encuentro entre modalidad común-especial, adecuar el número de alumnos por docentes, ajustar los vínculos con las áreas de Salud y Justicia, así como modificar la formación docente para al abordaje de la diversidad.

En las Conclusiones se pone gran énfasis en los conceptos de subjetividad y de potencia, invitando a abandonar la pedagogía correctiva para adoptar la de la sensibilización.

Otro documento provincial, relacionado con el anterior y de gran vigencia en las prácticas actuales, es el Decreto N° 2703 (2010) “Pautas de Organización y Articulación del Proyecto de Integración Interinstitucional de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad”. El mismo aclara que los Proyectos de Integración tienen como destinatarios a niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad, lo que no comprendería dificultades de

aprendizaje, niños que provengan de situaciones “discapacitantes”³⁰ o personas con discapacidad pero sin NEE (necesidades educativas especiales). Esta aclaración lleva a pensar que, más allá de la letra de la ley, en las instituciones de educación especial se continuaba trabajando de acuerdo a paradigmas anteriores.

La nueva figura que aparece a partir de este documento es la de los “Consejos Escolares para la Integración Escolar”, que deben ser convocados por los supervisores de la modalidad o niveles, para asesorar y capacitar a las instituciones que participan en Integraciones Escolares.

Asimismo en esta Resolución se diagraman las pautas para la reorganización de los Grados Radiales, por las que estos alumnos pasarían a estar integrados en grados “comunes” de la misma institución, siguiendo criterios cronológicos.

La última documentación en referencia a la modalidad es la Resolución N°155 (octubre de 2011) del Consejo Federal de Educación. La misma aprueba el documento de la Modalidad, bogando por su articulación con los niveles obligatorios del sistema y con las diferentes modalidades que en el mismo coexisten, sumado a que se explicitan aspectos de la misma como marcos normativos (Ley de Educación Nacional respecto a la inclusión), referencias acerca de las personas con discapacidad, acerca de las escuelas, los equipos docentes y los equipos técnicos educativos, sus vínculos con los niveles educativos y otras modalidades del sistema educativo. La idea central es poner énfasis en los procesos de enseñanza y reorganización de las instituciones que comprenden la modalidad, impulsando los proyectos de integración para que a la planta de las escuelas especiales sólo asistan alumnos que requieren de abordajes de gran especificidad o complejidad y “devolver” a la escuela común a los alumnos sin discapacidad. Igualmente, se plantea la integración como una estrategia educativa con miras a la inclusión, una idea más amplia definida como

³⁰ Deducimos de lo anterior que con situaciones discapacitantes se hace referencia a contextos de pobreza y sectores vulnerabilizados:

“Tomamos la expresión ‘vulnerabilizados’ de la documentación oficial del programa Centros de Transformación Educativa de la Ciudad de México, según se reporta en Loyo y Calvo (2009), en tanto consideramos que expresa mejor que ‘vulnerables’ es una condición que afecta a vastos sectores de las poblaciones urbanas. Esa condición es el resultado histórico de procesos sociales que producen como efecto la situación de vulnerabilidad: los grupos no ‘son’ vulnerables, están colocados en situación de vulnerabilidad por efecto de procesos de concentración de la riqueza, de explotación económica, de segregación en la participación política y de desigualdad en el acceso a los bienes culturales.” En Perazza, R. y Terigi, F. (2010). Nota 3.

accesibilidad para todos y una mirada positiva acerca de las diferencias. Adquiere ímpetu la idea de formar ciudadanos autónomos, creativos y críticos para una posterior inserción laboral, así como se definen aspectos importantes a tener en cuenta como la comunicación e incorporación de tecnologías.

¿Lo comúnmente especial o lo especialmente común de la educación?

La Modalidad de Educación Especial, establecida de este modo desde la ley de Educación N° 26.206, es una y se propone ser transversal a todas las demás y los distintos niveles del sistema educativo; es una pero contiene alrededor de ocho (8) tipos de escuelas diferentes (¿o no?) en su interior... Centros de Estimulación Temprana, Primarias, de Formación Integral, para alumnos con Discapacidad Intelectual, para niños ciegos y con disminución visual, para alumnos sordos e hipoacúsicos, con secciones en planta y otras solamente con servicio de integración... Además, tiene rasgos muy distintivos como el hecho de recibir bebés desde los 45 días de vida, y organizarse en secciones sin criterios cronológicos restrictivos, así como contar con espacios de abordaje individual.

Muchos años de historia antes de llegar al presente, muchos documentos y sobre todo, muchas palabras. Tal como resume Nuria Pérez de Lara (2011:65):

El cambio recorrido en los últimos años por la educación especial se basa en un cierto cuestionamiento de todas aquellas categorizaciones basadas en el déficit, en una crítica de los enfoques médicos biologicistas en que se fundamentaba hasta hace pocos años esta disciplina, en la necesidad de normalización de las vidas de las personas con necesidades educativas especiales (denominación aceptada e impuesta hoy por la academia pedagógica para alejarse de todo ello) y, por último, en la inclusión de todas las personas en edad escolar, sean cuales sean sus necesidades, en el sistema escolar ordinario. Este proceso, más o menos radical en unos u otros países occidentales, es el que parece imponerse; sin embargo, si bien se han abandonado en gran medida los presupuestos médico biologicistas y psicologistas, ha aparecido una nueva tecnificación pedagógica, basada en el enfoque curricular anglosajón que sigue olvidando lo fundamental: que el eje

de la educación, de la socialización, de la inclusión y la integración está en la relación amorosa de aceptación de los otros y las otras junto a nosotros, única que puede mediar saber y convivencia, conocimiento y vida.

De este modo, lo común y lo especial se enlazan y desenlazan en el terreno educativo; varían regularmente buscando alternativas para nominar la diferencia, “*eufemismos, mejores (o peores) formas de denominar a la alteridad*” (Duschatzky & Skliar, 2000:3), a los otros, a los nuevos y recién llegados, a los niños y jóvenes y lo que ellos necesitan, con lo que nos interpelan. Nuevas palabras aparecen, muchas veces contradictorias, pero evidenciando sin dudas, que “están vivas”³¹ ya que impactan políticamente en la vida de sujetos reales, de carne y hueso.

Pensando las relaciones con salud, en lo que hemos analizado de la modalidad de educación especial, las intersecciones se han dado al establecer diagnósticos y, en función de ellos, armar escuelas signadas por un tipo de discapacidad así como ha llevado a las prácticas pedagógicas a impregnarse de un cierto recelo y persecución de las diferencias. Entonces, ¿si en lugar de volver a pensar el sujeto de la educación especial, se volvería a pensar la educación especial en sí misma? Porque como refería la supervisora de la modalidad:

Considero que la Educación Especial aún no se ha podido “despegar” del paradigma médico, de una u otra manera siempre está presente, yo siempre digo que es como que hay un empecinamiento en quedar anclado en esa grieta, y en ocasiones “salir un poco” pero siempre volver nuevamente al origen, como algo que da tranquilidad, seguridad...difícil de explicar.

La educación especial aún se encuentra relacionada con un determinismo biológico, etiquetamiento, que se focaliza en el trastorno, lo que falta, el déficit, acompañado aún de actitudes de miedo y de rechazo.

De este modo, lo comúnmente especial es una sentencia sobre los otros, que marca una distancia respecto de una supuesta normalidad. Lo especial transforma la excepcionalidad y las diferencias de todos y cada uno de nosotros, en un o los diferentes; conformando una entidad. Y una identidad, también. Por eso, no es raro escuchar “los chicos especiales”.

³¹ Subtítulo del libro *¿Qué ha sido de nuestros niños “locos”?* de Mannoni, M. (1996.)

A partir de haber construido esta historicidad y de haber realizado el análisis documental, lo comúnmente especial resulta ser, en una intersección entre educación y salud, una modalidad que aún sostiene cierta división de las infancias, sustentada en gran parte, por su imbricación con el discurso médico y una mirada sesgada acerca de los cuerpos.

Hemos visto que no se trata de encontrar nuevas palabras, de hablar con corrección política. Nuestras preguntas no son acerca de si es mejor integración o inclusión, necesidades educativas especiales o discapacidad, adaptaciones curriculares o dispositivos de apoyo. Porque creemos que las políticas necesitan de otro tipo de cambio (Skliar, 2008: 233):

Tal vez el cambio educativo, la propia idea de cambio educativo, encuentre aquí su propia bifurcación, su propia división irreconciliable. Porque, acaso: ¿puede ser que una nueva política que pretende al otro sea solo aquello que se piensa como una inclusión bastante semejante a la exclusión precedente, un modo de tener que tolerar (soportar, aguantar) al otro, mediada únicamente por un lenguaje jurídico, hostil a la singularidad del otro, una política ciertamente diferencialista y, en cierto modo, normalizadora (y, por lo tanto, que mantiene la diferencia entre lo común y lo especial)? ¿O bien esa nueva política debería partir de una nueva amorosidad, una política que se siente responsable por el otro, que es hospitalaria con la especificidad del otro, que está mediada por el lenguaje de la ética y que borra de una vez toda pretensión a la normalidad, toda separación entre lo común y lo especial?

Nuestras preguntas y nuestras preocupaciones, tal como narrábamos en un principio, tienen que ver con la búsqueda de este cambio en políticas, con la búsqueda de lo especialmente común. Porque de eso se trata la educación, de lo compartido sin distinciones, sin fuerzas naturales que reclamen unos vencidos y proclamen otros vencedores. Y las escuelas, desandando las trincheras de las modalidades, pueden hacer que algo de aquello tenga lugar, impidiendo que continúen las profecías de fracaso y los por siempre jamás.

Segundo analizador: La Educación Hospitalaria y Domiciliaria. Saludes, la necesidad de otros y de lo común.

Antes de la Modalidad: Resabios de la Educación Especial y la Pedagogía Hospitalaria

La Educación Domiciliaria y Hospitalaria es la modalidad del sistema educativo en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los alumnos que, por razones de salud, se ven imposibilitados de asistir con regularidad a una institución educativa en los niveles de la educación obligatoria (Ley 26.206, art. 60).

En la provincia de Santa Fe, la modalidad se implementa dentro de la gestión pública desde el año 2011 (mediante el Decreto 2633), a través de dos escuelas primarias hospitalarias: N° 1391 en Rosario³² y N° 1392 en la ciudad capital; y a través del Servicio Hospitalario y Domiciliario Provincial. Este último implica que docentes de las escuelas de pertenencia, o no, de los estudiantes que se encuentran en reposo domiciliario, acorde a estricta prescripción médica, asisten a los hogares de cada uno de ellos, mediante la asignación de horas.

Anteriormente, las dos escuelas hospitalarias se encontraban dentro de la gestión privada, ya que fueron creadas en 1972 y 1998, respectivamente, por el Sindicato Argentino de Docentes Particulares (SADOP). Cabe mencionar que en este pasaje, cambiaron los números de identificación.

Como antecedentes de la modalidad, el Anexo Resolución CFE N° 164/11 “Documento aprobado para la discusión”, menciona que las primeras experiencias educativas de este tipo, fueron las que tuvieron lugar dentro de hospitales europeos, entre 1939 y 1945, en el contexto de guerras, y en el marco de la Educación Especial, tomando aportes de Pinet y Esquirol (mencionados en la consideración acerca de educación).

Dinamarca fue precursora en conformar “aulas hospitalarias”, siendo el primer país en contratar un profesor a fin de escolarizar a los niños con tuberculosis que se

³² Institución en la que tuvimos oportunidad de realizar una pasantía, en el marco de la presente propuesta de formación.

encontraban internados. Desde ese momento, otros se sumaron (por ejemplo, Francia en 1802), considerando dichas acciones como complementarias a la acción médica, subsidiaria, y un modo de prevención ante el “*hospitalismo*”³³.

En este contexto fue que, progresivamente, se conformó la Pedagogía Hospitalaria, definida como:

La rama diferencial de la Pedagogía que se ocupa de la atención educativa del niño enfermo u hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece. (Olga Lizasoain, 2000 en Res. 164. Anexo:6).

Por otra parte, esta tarea fue entendida como parte de la Educación Especial por concebirse a la enfermedad como una situación anómala y estresante, que producía alteraciones cognitivas y generaba necesidades educativas especiales. Acerca de ello, el documento antes citado señala que:

Esta concepción se observa actualmente en diversos países de Latinoamérica y en particular en nuestro país, otorgándole a las prácticas docentes de la modalidad, marcas derivadas de la intersección con el campo de la Educación Especial y una fuerte impronta del contexto hospitalario. (Ídem: 6)

En la Argentina, la educación domiciliaria y hospitalaria surgió en la mayoría de las provincias en la década del 50, época de la epidemia de poliomiélitis³⁴. El documento

³³ René Spitz fue el que acuñó el término, con el tiempo, la definición se ha ampliado. “*Actualmente se denomina de este modo a las manifestaciones somáticas que presentan los niños como consecuencia de la separación de sus padres o internación en una institución*”. Nájera, V. (1979:199).

³⁴ “*La poliomiélitis es una enfermedad infecciosa aguda ocasionada por un virus conocido como poliovirus, que puede atacar el sistema nervioso y destruir las células nerviosas encargadas del control de los músculos. La Argentina sufrió el impacto de brotes de poliomiélitis durante el siglo XX. En las epidemias de 1953 y 1956 se registraron 2.700 y 6.940 casos respectivamente. A fines de la década del 50 comenzó a usarse la vacuna Salk, que actuó como barrera para detener la epidemia, y en 1964 se introdujo la vacuna Sabin Oral, que permitió el control y la eliminación de la polio. En 1959, se sancionó la ley 15.010, por la cual la vacunación es obligatoria y gratuita para todos los niños hasta los 14 años de edad y las mujeres desde el quinto mes de embarazo.*

El último caso de la enfermedad en la Argentina se registró en 1984 en la localidad salteña de Orán. Desde entonces no se ha registrado poliomiélitis por virus salvaje en el país. Tres años después, en tanto, se implementó el Programa de Vigilancia de las Parálisis Flácidas Agudas (PFA) para estudiar y descartar todo caso probable de polio, situación que se facilita por el aumento de las migraciones en el mundo globalizado, lo que incrementa las posibilidades de diseminación de casos provenientes de regiones

marca al respecto que cada jurisdicción le imprimió características singulares, más allá de algunos denominadores comunes en las prácticas.

En la ciudad de Buenos Aires, el 1º de abril de 1922, por iniciativa del Dr. Ricardo Gutiérrez, se nombró la primera maestra en el Hospital de Niños, integrante de la Sociedad de Beneficencia Porteña. Mientras que en Mendoza, el 15 de septiembre de 1939, fue creada la primera escuela hospitalaria del país “Dr. Silvestre Peña y Lillo” en el Hospital Emilio Civit de la ciudad, experiencias pioneras que luego se expandieron por el territorio nacional.

Pero recién en el año 1946, el Consejo Nacional de Educación autorizó el funcionamiento de una escuela de enseñanza primaria en contexto hospitalario en distrito Morón (Buenos Aires), sumándose luego escuelas en las provincias de: San Juan (1947), Santiago del Estero (1950), Tucumán (1954), Misiones (1954), Salta (1957), Chubut (1959), Córdoba (1960), Jujuy (1960), Formosa (1970), Chaco (1970), Santa Fe (Rosario - 1972), Neuquén (1978), Santa Cruz (1984), Catamarca (1994), La Pampa (1998), Corrientes (2004), La Rioja (2011).

Como podemos ver, en algunas provincias, esto sucedió recientemente y el hecho no fue generalizado. Resulta entonces que debido a la Ley de Educación (2006), la práctica comenzó a implementarse de forma obligatoria.

En el contexto internacional, cabe mencionar la referencia al tema que hace la Declaración de Ginebra, adoptada por la V Asamblea de la Sociedad de Naciones Unidas, el 24 de septiembre de 1924. En ella, el principio V dicta que todo niño, física o mentalmente impedido, debe recibir tratamiento, educación y los cuidados que requiera. Luego, el Parlamento Europeo elaboró en el año 1986 la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado. Posteriormente, en 1988, tuvo lugar en Eslovenia el primer Seminario Europeo sobre “La educación del niño hospitalizado”, patrocinado por UNESCO y OMS. En 1992, fue el segundo, en Viena, donde diferentes países manifestaron la intención de crear una organización europea. De este modo, en 1994 se estableció oficialmente la Organización Europea de Pedagogos Hospitalarios (HOPE), con sede en Bruselas. Durante el tercer congreso, en Suecia, en mayo de 1996, tuvo lugar la

endémicas”. Información disponible en: <http://www.msal.gob.ar/dinacei/index.php/archivo-de-noticias/413-destacan-logros-contra-la-poliomielitis-a-29-anos-del-ultimo-caso-en-el-pais>. Consultado el 05/02/16

primera Asamblea General. En Barcelona, en mayo del 2000, la organización elaboró la “Carta Europea para la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos”³⁵. Aquí se produce una diferenciación con los documentos ministeriales nacionales y santafesinos que refieren a “situación de enfermedad”, para transmitir que no toda la persona es absorbida por lo enfermo.

La modalidad educativa en nuestro tiempo y lugar

Acerca de esta modalidad hay investigaciones recientes como Soto, 2007; García Álvarez, 2010; Requena, 2015. Abordan el tema desde un enfoque centrado en inclusión, calidad educativa, y prácticas de cuidado, respectivamente. Sin embargo, las mismas no reflejan las preocupaciones que nos guían en el presente trabajo. O, al menos, no explícitamente.

Para introducirnos en la modalidad, recurrimos a los documentos ministeriales que legislan sobre la misma: la Resolución CFE³⁶ 164/11, de octubre de 2011, el Anexo Resolución CFE N° 164/11 Documento aprobado para la discusión La Educación Domiciliaria y Hospitalaria En El Sistema Educativo Nacional y, a nivel provincial, el ya mencionado Decreto N° 2633 (noviembre de 2011). A ello lo precede la Resolución N°1323, de acuerdo a la memoria de la Escuela N°. 1392 (antes N° 1310), en el marco de la Primer Jornada Provincial de Pedagogía Hospitalaria (2008:16). Dicha resolución, interministerial, autorizaba a brindar asistencia educativa en los hospitales públicos de la

³⁵ La Carta recoge los siguientes puntos: 1. Todo niño enfermo* tiene derecho a recibir atención educativa en el hospital y en su domicilio. 2. El objetivo de esta educación es asegurar la continuación de su enseñanza escolar con el fin de mantener su rol de alumno. 3. La enseñanza escolar crea una comunidad de niños y normaliza sus vidas. La atención educativa se organizará de manera grupal o individual, tanto en el aula como en las habitaciones. 4. La atención educativa en el hospital y a domicilio deberá adaptarse a las necesidades y capacidades de cada niño en conexión con su colegio de referencia. 5. El contexto de aprendizaje estará adaptado a las necesidades del niño enfermo. Las nuevas tecnologías de la comunicación servirán también para evitar su aislamiento. 6. Deberán utilizarse gran variedad de metodologías y recursos de aprendizaje. La enseñanza sobrepasará el contenido específico del currículo ordinario, incluyendo temas relacionados con las necesidades específicas derivadas de la enfermedad y de la hospitalización. 7. La atención educativa en el hospital y a domicilio correrá a cargo de personal cualificado que recibirá cursos de formación continua. 8. El personal encargado de la actividad educativa formará parte del equipo multidisciplinar que atiende al niño enfermo, actuando como vínculo de unión entre éste y su colegio de referencia. 9. Los padres serán informados sobre el derecho de sus hijos a recibir atención educativa y acerca del programa seguido. Serán considerados como parte activa y responsable del mismo. 10. La integridad del niño será respetada, incluyendo el secreto profesional y el respeto a sus convicciones. * En *todo el texto el término “niño enfermo” incluye también el término “adolescente”*. (Lizasoáin 2007:8)

³⁶ Léase Consejo Federal de Educación.

ciudad de Santa Fe. Finalmente, la Resolución CFE N° 202/13, y el documento del CFE “La educación domiciliaria y hospitalaria en el sistema educativo nacional”.

En la introducción del anexo a la Resolución CFE N° 164/11, se postula “Siempre han sido la Educación y la Salud, los puntos de apoyo para el desarrollo de los pueblos y los canales esenciales para superar las desigualdades y la exclusión social.” (p.6) Como venimos desarrollando, la anterior afirmación, aunque bienintencionada, parece sesgada, negando algunos efectos tanto de la educación como la salud, en materia de perpetuación de desigualdades y sostenimiento de la exclusión. Es verdad que ambas prácticas han generado muchos movimientos positivos en la sociedad, pero es importante no dejar de visibilizar también, los otros.

El documento antes nombrado expresa que la modalidad permite flexibilizar trayectorias a fin de garantizar la finalización de los estudios obligatorios (hasta nivel medio), instituyendo, reconociendo y ampliando una práctica desarrollada en el país desde hace más de cincuenta años

Además, se menciona que a partir de la nueva ley de educación, se diferencia a la educación hospitalaria domiciliaria de la educación especial, instaurando un nuevo paradigma educativo. Anteriormente, se homologaba la adaptación de estrategias a la educación especial, como también se mencionó en el capítulo anterior, mientras que a partir de aquí se establece una diferenciación entre discapacidad y enfermedad.

En el texto se destaca del mismo modo, la especificidad pedagógica de la modalidad, dentro del campo educativo, por sobre su complementariedad con prácticas médico asistenciales, más allá de las intersecciones de espacio y discursos donde estas se llevan a cabo. Allí se produce un juego entre lo educativo y lo terapéutico que se enuncia del siguiente modo, en el documento (p. 8):

Aunque genere efectos terapéuticos, por representar no sólo una oportunidad de aprendizaje sino también una ayuda para sobrellevar mejor su enfermedad, no es en sí misma terapéutica. Aunque priorice y utilice recursos educativos de *carácter lúdico y recreativo, no se propone “entretener” o “distrar” al alumno frente al aprendizaje que implica la experiencia de la enfermedad. No es la educación domiciliaria y hospitalaria la responsable de sostener el aspecto humanizante que debe asumir el discurso médico.*

Tras esa última frase el documento parece expresar cierta sospecha acerca del discurso médico, de su humanidad, así como alertar a pedagogos de querer compensar este trato.

Por otra parte, el documento se manifiesta en acuerdo con la concepción de salud que propone la OMS a partir de mediados del siglo XX, como fue referido en la consideración acerca de salud, adhiriendo a un modelo integral para pensar los procesos de salud-enfermedad y reconociendo su dinamismo y multifactorialidad, así como la complejidad de la que son parte (realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o grupo, estilos de vida, problemáticas medio ambientales). El documento menciona de qué manera los movimientos en los modos de concebir este proceso, influyen en los tratamientos médicos (prescripciones, tiempos de reposo, cuidados y licencias) y, estos mismos, a su vez, sobre las prácticas pedagógicas, evidenciando una intersección o relación intersectorial, como menciona el texto (p. 15):

Los efectores sanitarios van adaptándose a las modalidades que adopta el proceso salud-enfermedad de cada tiempo y sobre estas variaciones, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria debe ir adaptando su práctica, siempre desarrollada en la articulación de ambos campos: salud y educación.

Luego del ingreso de un alumno a la modalidad, se señala que debe realizarse una “Evaluación de la situación del alumno, en sus aspectos administrativos, pedagógicos y clínicos, que le posibilite a los docentes conocer las características del sujeto a escolarizar” (p.20). Para ello se solicita certificación médica, documentación de la escuela de origen sobre la situación pedagógica del alumno (para continuar con el proceso pedagógico de manera similar) y, en términos clínicos, el documento menciona que debe haber un equipo técnico (con un psicólogo, al menos) que pueda indagar acerca de las incidencias de la enfermedad en el proceso de aprendizaje, así como el impacto subjetivo y otros aspectos relacionados. Este rol también está pensado para el acompañamiento a los docentes. Sin embargo, en la provincia de Santa Fe, este equipo no está conformado aún.

Atendiendo a la organización de la tarea docente, siempre personalizada, se detalla que en el caso de la atención hospitalaria, si los alumnos pueden desplazarse, se escolarizan en el Aula Hospitalaria; mientras que aquellos que no pueden hacerlo, reciben

al docente al pie de cama, respetando las condiciones de bioseguridad³⁷ que sean necesarias. El tiempo de atención varía de acuerdo a cómo se sienten los niños y a las rutinas del lugar de internación (rondas de médicos y enfermeras, estudios, comidas), aunque la Resolución 202/13 establece en el punto N°105 que las jurisdicciones establecerán la carga horaria para la modalidad en los distintos niveles, con un mínimo del 30% de la carga horaria semanal para nivel inicial y primario y un 50% de la carga horaria semanal en el nivel secundario. (p.25)

En cambio, en el contexto domiciliario, el docente se traslada al domicilio de cada alumno para atenderlo de manera individualizada. Por ello, se recomienda que un docente acompañe a, como máximo, cuatro alumnos a la vez (dos o tres días a la semana, de forma alternada). Esta organización, de carácter flexible, contempla además una jornada quincenal, al menos, para trabajar en el equipo de la institución (informar sobre la situación de los alumnos, contactarse con las escuelas de referencia, con el equipo técnico).

Sobre la planificación y enseñanza, el documento postula que debe ser lo más articulada posible con la escuela de pertenencia, aunque en períodos breves (hasta 5 días), la tarea se orienta a afianzar aprendizajes previos, o hacia actividades de integración de contenidos.

Lo anterior, acerca del nivel primario. Sobre secundaria, en cambio, el documento deja abierta varias opciones de implementación (a través de la figura de un tutor, o equipos de profesores de asignaturas de mayor carga horaria), para que cada jurisdicción establezca la más pertinente de acuerdo a su realidad. En el caso particular de Santa Fe, se está implementando la segunda alternativa.

Por otra parte, la escuela o servicio domiciliario y/u hospitalario certifica la asistencia del alumno, pero la acreditación siempre le corresponde a la escuela de referencia del alumno “*a fin de evitar estigmatizaciones a través de títulos que hagan mención al contexto en que el alumno cursó sus estudios*” (p.27). La calificación la hace la institución en la que el alumno tenga mayor asistencia.

Finalmente, el documento señala que se considera de gran importancia una formación docente específica, ya que el docente de la modalidad debe tener un perfil particular, sosteniendo que (p. 29):

³⁷ Refiere a lavado de manos, uso de barbijos, batas, cofia, esterilización de materiales didácticos, etc.

La pertinencia de las intervenciones pedagógicas derivan de conocer y comprender los múltiples efectos de la enfermedad, la convalecencia, la eventual discapacidad consecuente con un accidente, la vivencia de dolor, las intervenciones médicas, y la prolongación de los tratamientos, en tanto constituyen ocasiones de sufrimiento psíquico.

Dicho perfil es caracterizado en varios ítems. En la página 29 y 30 del “Anexo Resolución CFE N° 164/11 Documento aprobado para la discusión” se mencionan aspectos como sensibilidad, actitud alegre y optimista, tolerancia y contención, capacidad para disminuir niveles de angustia y ansiedad a través de estrategias educativas, sumados a que se sostiene que es necesario estar informado sobre el diagnóstico y tratamiento del alumno para optimizar la tarea pedagógica.

Lo anterior parece referir a un particular afecto, magisterial, en palabras de Abramowski (2010: 86-87), regulado, incitado y autorizado, ya que:

Querer a los alumnos podría entenderse como el resultado de la represión de ciertas pasiones (por ejemplo, de algunos odios o crueldades, pero también de algunos amores demasiado intensos), como así también de la autorización de modos de vinculación más íntimos y cercanos con los estudiantes.

Una interpelación a domar las pasiones. Incitada la alegría, censurada la tristeza. La rabia, la bronca, la angustia, el enojo, la desazón, no. Y esto, sobre otra aseveración de la que nos permitimos dudar. Así como la autora antes citada se pregunta si es preciso querer a los niños para poder enseñarles, vale pensar acerca de si es condición, o si es posible, conocer la enfermedad que atraviesa el otro, su situación de dolor, para poder conversar sobre unos objetos otros, terceros, que esperan ser aprehendidos.

El documento provincial, en consonancia con el nacional, establece el tipo de servicio que la modalidad implica y sus destinatarios, reemplazando “situación de salud”, por “situación de enfermedad” (art.3). Especifica, además, que se considerarán los casos en los que los alumnos no pueden asistir a la escuela de origen por 30 días corridos o más. Por otra parte, la jurisdicción dispone mediante la resolución, que la máxima autoridad del Servicio de Educación Hospitalaria Domiciliaria sea la Coordinación de Programas Socioeducativos, en articulación con las direcciones de niveles y modalidades, más supervisores; y que se priorizará que sea el docente de la escuela de origen el que

acompañe al alumno en dicha situación de reposo (art. 14 y 15). En los demás aspectos, el documento provincial acuerda y adopta los lineamientos nacionales.

Lizasoáin (2007:1), citada en los documentos ministeriales antes mencionados, encuentra que la Pedagogía Hospitalaria se justifica en la existencia de efectos negativos, tanto psicológicos, sociales como educativos de la enfermedad y la hospitalización, en el paciente y en su familia. Así, la propuesta remite nuevamente a pensar la modalidad como compensadora, subsidiaria, o a fines de revertir unos efectos no deseados de la situación que atraviesa el niño o joven. La autora asevera (Lizasoáin, 2007:15):

Tras lo expuesto hasta aquí, puede afirmarse tajantemente, que el niño enfermo y hospitalizado precisa de su familia, del juego, de las actividades escolares, de la orientación y de la atención individualizada de todas sus carencias, a fin de evitar el retraso en su desarrollo y procurar, en la medida de lo posible, una vida normal acorde con su etapa evolutiva.

Estas circunstancias aconsejan la necesidad de elaborar y aplicar programas específicos de intervención pedagógica, a pesar de que supongan un cierto sobre esfuerzo personal, material y económico, pues según se infiere de todo lo anterior contribuyen a reducir los efectos negativos de la enfermedad y de la hospitalización (Costa, 2000; Grau, 2001; González Jiménez et al., 2002; Guillén y Mejía, 2002; Lizasoáin, 2005).

Estos fragmentos muestran la impregnación del discurso que venimos desarrollando desde las primeras consideraciones y que busca adueñarse de la infancia, tipificando las necesidades de los niños, estandarizándolas; de una mirada de la falta del otro, partiendo de una supuesta completud propia; de una sed normalizadora que impide alojar la diferencia y una actitud de victimización, que nos remite a las sociedades de beneficencia en la que este tipo de prácticas nació.

El documento para la discusión presenta gran acuerdo con la Resolución 202/13 “La educación domiciliaria y hospitalaria en el sistema educativo nacional”, la que retoma la mayoría de sus puntos de modo casi textual.

Estos documentos establecen que “la enfermedad genera efectos subjetivos de *carácter traumático*” (2011:12 y 2013:18), por lo que el alumno requiere un abordaje pedagógico específico y flexible, lo que permitiría re-introducirlo en actividades cotidianas

interrumpidas. Así, la escolarización se presenta como un sostén, que permite “ese giro desde el paciente-objeto de intervenciones médicas, hacia el alumno-sujeto del aprendizaje” (idem: 12 e ídem: 23).

Por otra parte, para población rural dispersa y situaciones de aislamiento, la Resolución 202/13 establece que se deberán utilizar los recursos multimediales disponibles y generados en el Ministerio de Educación de la Nación por Canal Encuentro, Paka Paka, Educ.ar, Primaria Digital (p. 27), haciendo llegar su propuesta en forma digital. Este apartado no parece considerar las dificultades de conectividad existentes en la zona rural, además de la pregunta acerca de si este tipo de medios permitiría romper con las situaciones de aislamiento, como se nombran en el texto.

Saludes (en plural). Problematizaciones

Retomando el motivo que nos problematizó, diagnósticos relacionados con la salud mental son excluyentes para el ingreso a la modalidad que estamos analizando, ya que se distingue entre dos saludes: una salud (¿física?) y otra mental.

Entonces, nos preguntábamos:

De este modo, habría algunos padecimientos, determinadas situaciones de salud, que no estarían siendo comprendidas por la Educación Hospitalaria y Domiciliaria.

Qué sucede con niños y jóvenes que se encuentran en tales situaciones; qué tensiones genera la decisión de distinguir entre unas y otras cuestiones de salud, si ello fuera posible; y cómo se relacionan, articulan, combinan, conviven ambos servicios (el de salud y educativo) en una misma escena, pensando en garantizar derechos a un mismo sujeto.

La ley de Salud Mental Nacional, N° 26657, decreto reglamentario 603/2013, entiende a la misma como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art.3). Esta Ley se apoya, a su vez, en los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento

de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991; la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990. A su vez, en Santa Fe rige la Ley Provincial De Salud Mental N° 10.772/91, en consonancia con lo anterior.

La ley de salud mental³⁸ nació como respuesta a la necesidad de revertir prácticas deshumanizantes y des-subjetivantes en este campo y, especialmente, en las instituciones psiquiátricas, tales como la implementación de castigos físicos, internaciones prolongadas, medicación excesiva, entre otras.

Dicha ley no refiere en ningún punto a la educación de las personas, pero, en cambio, sí se menciona el derecho a trabajar y recibir la remuneración correspondiente, haciendo un enfoque más directo hacia la vida adulta. Además, se reitera en numerosos puntos la importancia de no restringir actividades cotidianas en la comunidad de pertenencia.

Lo que enunciamos como preocupación, en los documentos ministeriales de educación, se encuentra detallado en una serie de puntos de la Resolución 202/13 “La educación domiciliaria y hospitalaria en el sistema educativo nacional” (p. 17-18), del siguiente modo:

57. Cuando se trata de salud mental infantil no es posible establecer diagnósticos psiquiátricos taxativos de los cuales se deduzca la necesidad de días de internación y/o convalecencia. Los diagnósticos son presuntivos, dependen de las manifestaciones del sujeto y su evolución no guarda las características de un cuadro clínico médico.

³⁸ Cabe resaltar que existe una ley específica de Salud Mental, pero no una de Salud, en un sentido general, al modo en la que la hay de Educación. Si existen otras, como la Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, sancionada el 21 de Octubre de 2009

58. Es importante tener en cuenta que en los días consecutivos a una situación de crisis, haya sido el sujeto internado o no, éste **no se encuentra en condiciones de recibir educación**³⁹.

59. Los diagnósticos de trastornos de conducta y trastornos de ansiedad no afectan la movilidad ni son transmisibles, por lo cual no justifican la separación del alumno de su ámbito escolar.

60. Las instituciones de la Modalidad colaborarán en la orientación de estos sujetos hacia los recursos específicos con los que cuente la jurisdicción. Se hace necesario un trabajo articulado con los agentes de salud mental.

Y, en un punto subsiguiente continúa (p. 23):

90. Sin embargo, la mera existencia de una certificación médica frente a diagnósticos del campo de la salud mental, no resulta suficiente para la incorporación de alumnos a la modalidad. Frente a estas situaciones resulta pertinente la elaboración de estrategias conjuntas entre los profesionales tratantes y el equipo interdisciplinario del ámbito educativo.

Resaltamos el punto 58, ya que nos parece que la aseveración merece una detención o, al menos, unas preguntas. Por ejemplo, en relación a la situación de crisis, de modo contrario a como lo enuncia el documento, algunos referentes de la psiquiatría dentro del movimiento comunitario, enunciaron que es justamente en los momentos de crisis donde resulta importante la intervención. Entre ellos, Erich Lindeman, refería que resultaba mejor actuar en el momento en que aparece la situación de dificultad, en relación a un grupo, antes de que la misma se instale con mayor fuerza o se fije en uno de los individuos (Galende, 1991:177). Por supuesto, su propuesta se relacionaba con la acción del psiquiatra, no de un educador, pero creemos válido introducir este matiz que cuestiona la crisis como un momento en donde nada se puede o debe hacer.

Con esto no queremos decir que se debería hospitalizar a aquellos niños y de ese modo, intervenir la modalidad. Nada más lejano. Por lo que nos preguntamos, preocupados, es acerca de los niños y jóvenes que atraviesan dichas situaciones, quienes parecen ser relegados a una suerte de limbo educativo, un umbral gris en el que las escuelas comunes deben armar una propuesta que sostenga las trayectorias, necesitando de

³⁹ La negrita es nuestra.

acompañamiento de otras instituciones, pero sin estar claramente establecido, mientras dichos alumnos, en muchos casos, deben permanecer en sus hogares hasta que pase la crisis. Es decir, las intenciones de ocuparse de estas situaciones se expresan en los lineamientos de la modalidad de educación hospitalaria domiciliaria, pero en un marco difuso, lo que complejiza las intervenciones en el plano real.

En relación a ello, rescatamos la experiencia narrada en la comunicación libre de Curtolo, L. (2014), titulada “La escuela primaria frente a un nuevo desafío: Trastornos mentales graves en niños”. La misma da cuenta de la historia de cuatro niños, alumnos de diferentes escuelas privadas de la provincia de Santa Fe, que atravesando diversas situaciones de vida, nombradas por los médicos tratantes como Brote psicótico agudo, Depresión y trastorno alimentario, Trastorno de ansiedad y Trastornos varios-TDAH⁴⁰, impactaron en su trayectoria escolar, ya que dejaron de asistir a la escuela de forma completa o parcial, permaneciendo en sus domicilios por largos períodos de tiempo.

En estas condiciones, si los diagnósticos hubiesen referido a una “enfermedad *no-mental*”, dichos niños habrían recibido atención domiciliaria, siguiendo las pautas organizativas que se mencionaron en el apartado anterior dentro de este mismo capítulo.

Retomando el texto, se transmite que las escuelas primarias construyeron una propuesta pedagógica singular para favorecer los procesos de enseñanza y aprendizaje, detectando (p.1):

Necesidad de articulación de servicios, y establecimiento de redes entre el sistema educativo y sistema de salud para que la escuela no se transforme en un factor que sume más presión e incertidumbre a la situación mental de cada niño y su familia, y pueda colaborar con su recuperación.

Sin embargo, la comunicación muestra que de esos cuatro niños, dos repitieron el grado que cursaban y tres se cambiaron de escuela.

Por supuesto que también cabe pensar acerca de si dichos “*casos*” implicaban situaciones de salud mental. Particularmente, en relación al TDAH nos referiremos en el próximo capítulo, aludiendo a los debates acerca de dicho diagnóstico. Sin embargo, lo que la comunicación muestra son padecimientos del orden psíquico -se llamen como indicaron

⁴⁰ Sigla utilizada para nombrar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

los médicos tratantes, de otro modo o si fuera que son innumbrables-, pero fundamentalmente, muestra niños en dificultad, necesitando de unos otros.

Por otra parte, esto coincide con lo que podemos concluir de los aportes de la supervisora de la modalidad de educación especial (disponible en Anexo). En la misma se advierte que alumnos en situación de padecimiento psíquico, primero, encuentran grandes obstáculos para permanecer en la escuela común. En ocasiones (a veces se saltea este paso), se solicita intervención de la modalidad de educación hospitalaria domiciliaria, la que responde que no puede dar respuesta a tales situaciones. Y muchas veces, son las escuelas especiales las que brindan asesoramiento o, inclusive, ingresan a los alumnos en proyectos de integración escolar o a planta de las instituciones.

En conclusión, quizás lo que esta situación pone de relieve es la necesidad de nuevas instituciones o institucionalidades que puedan sostener y acompañar en estos escenarios. En relación a lo mismo, vale volver sobre la experiencia de Maud Mannoni⁴¹ y la Escuela Experimental de Bonneuil-sur-Marne, quien se ocupó de niños y jóvenes en dificultad, como ella los llamó.

Bonneuil-sur-Marne. Otra modalidad de hacer escuela.

La Escuela Experimental de Bonneuil-sur-Marne, o simplemente, Bonneuil (nombre dado por lo localización de la misma, en la periferia de París), fue creada en 1969 y reconocida en 1975 con el estatuto de hospital de día con hogares terapéuticos para la noche. Mannoni, junto con Robert Lefort⁴², creó un espacio para acoger a niños y jóvenes “psicóticos, autistas, débiles mentales”, dirán ellos, niños excluidos de la escuela o “inadaptados”, con quienes trabajaban en grupos muy reducidos (diez niños como

⁴¹ Mannoni fue una bastonera del movimiento antipsiquiátrico y anti-internación de su época. Autora de numerosos libros, a lo largo de toda su obra se puede observar fácilmente que esta institución ocupó un lugar importante en su historia profesional. Estas iniciativas e ideas le valieron fuertes críticas sociales y generaron gran debate en su tiempo, época en la que, de acuerdo a lo que ella misma describe, las instituciones que en teoría debían cuidar y curar el sufrimiento, lo único que hacían era aniquilar el deseo, encerrar, vigilar y asistir, más otorgar pensiones por invalidez, que condenaban a los sujetos a entregarse a un eterno letargo, desprovistos de responsabilidades, de riesgo, de vida.

⁴² Psiquiatra infantil y psicoanalista de orientación lacaniana, impulsor del trabajo con niños. En Laurent, E. “Más allá de lo imaginario”. Página 12 Rosario. Versión online. 1 de marzo de 2007. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-7540-2007-03-01.html>.

máximo), con la colaboración de pasantes y voluntarios de todo el mundo, psicoanalistas o en formación analítica.

“Bonneuil lleva a poner en tela de juicio a las instituciones tradicionales” (Mannoni, 2002:77), la dureza de los muros y lo infranqueable de los límites, ya que propone salidas regulares al exterior, movimientos de adentro-afuera, cerca-lejos, como el juego del fort-da⁴³, trabajando con una red de familias voluntarias, en su mayoría en la zona rural, que recibían a los niños y jóvenes en dificultad, para compartir con ellos lo cotidiano, el trabajo rutinario de la casa. Personas comunes que se convertían en educadores.

Así, Mannoni (2002:81) entendía a un educador como:

Aquel que acompaña a otro más joven a lo largo de un cierto trayecto. Porque se convierte así en sustento de una interrogación, se puede desarrollar un discurso a través del odio y del amor, más allá de toda amenaza subrepticia de abandono.

Lo anterior se relaciona con la convicción de que “El niño tiene siempre a ganar cuando se le permite un máximo de apertura. Su drama comienza cuando los adultos ya no *esperan más de él.*” (Mannoni, 2014:89)

Bonneuil condensaba varios espacios que eran uno y varios al mismo tiempo (Mannoni, 1996:62-63):

Tenemos dos lugares escolares:

La comunal, conducida por una maestra delegada por el Estado, que cuenta con ayuda de psicólogos, educadores y reeducadores.

La Fac spé⁴⁴, para los que siguen la enseñanza secundaria como inscriptos en el C.N.E.D⁴⁵. Aquí también un maestro delegado por el Estado tiene la ayuda de psicólogos, educadores, extranjeros, ingleses, alemanes, italianos, españoles, que conducen laboratorios de lenguas.

La comunal comprende dos secciones, permitiendo a los niños turbulentos que no soportan quedarse sentados entregarse a actividades lúdicas variadas (danza, música, escultura). Escuchan cuentos y mitos, participan en la cocina,

⁴³ Abordado en la obra emblemática de Freud, S. Más Allá del Principio de Placer, como la escena lúdica observada en un niño pequeño al momento de elaborar las secuencias de ausencia-presencia de su madre.

⁴⁴ Apócope de la Facultad especializada [N. de la T.]

⁴⁵ Centro nacional de enseñanza a distancia.

en el mantenimiento del jardín, pero también van al exterior, acompañado cada uno por un adulto, al descubrimiento del *haras* o de *la cultura "bio"*.

Además de la "escuela", estaban las residencias en el exterior, como ya mencionamos, y el espacio analítico brindado a los niños y jóvenes, también en el afuera. A pesar de ello, presentaban articulación y diálogo, lo que les permitía observar los cambios en las personas de acuerdo al contexto en donde éstas se encontrasen.

La idea de separación del entorno familiar tenía que ver con el reconocimiento de que el sentido que la debilidad cobraba para el grupo íntimo, influía directamente en el desarrollo del sujeto, muchas veces, obstaculizándolo por encerrarlo en un destino eternizado en la quietud. Mannoni tenía en cuenta los factores orgánicos, pero iba mucho más allá de ellos.

Bonneuil, la escuela, choca con la idea de escuela que seguramente la mayoría de nosotros tiene en mente. Choca contra fijeza, ritmos predeterminados, con agrupaciones fijas o graduadas, con guardapolvos o ropas que marquen un rol. Mannoni pensaba que, justamente una fijeza en tiempos y espacios, no podía hacer más que fijar a los sujetos en su malestar. De esta manera, la alternancia, las entradas y salidas, la experimentación, serían las claves para que pueda surgir el interés propio, el deseo y, sólo así, un sujeto. Hay pocas cosas en Bonneuil que estaban establecidas. Unas pocas leyes, en contra del incesto y el parasitismo. De las más cotidianas, los mismos niños eran los encargados de instituir las junto con los adultos, "para que la vida en común sea posible" (Mannoni, 2004:223). Lo constante era la posibilidad de elegir y la falta de aspectos obligatorios.

La psicoanalista hacía una fuerte crítica al sistema escolar, al que consideraba como implicado en las dificultades de los niños y no como mero espectador, o, peor aún, víctima. Lo expresó, por ejemplo, diciendo (1996:55):

Desde hace un siglo se depuran los enfoques específicos de la reeducación – que tienen, por otra parte, sus indicaciones propias-, sin que se cuestione jamás la organización de los cursos primarios ni los requisitos para la designación del maestro.

Frente a lo anterior, que resultaría en grandes cantidades de niños “anoréxicos escolares”⁴⁶, la autora propone reducir la cantidad de horas en la escuela, hacerlo en grupos más reducidos y que los niños dediquen el resto del tiempo a explorar y “descubrir la vida”, mediante actividades artísticas, de expresión corporal, de diálogo grupal, al aire libre, con animales y donde puedan desplegar la creatividad e inventiva. (Mannoni, 1996:58) Esas, más tareas concernientes a las compras y cocina, eran las actividades que se llevaban a cabo en la institución y, muchas veces, a partir de ellas es que surgía el deseo por aprender y el interés por lo pedagógico.

Finalmente, cabe apuntar que puede resultar extraño que Mannoni haya elegido nombrar a esta institución como escuela, repitiendo el nombre del lugar en donde los niños y jóvenes que acogían habían sido rechazados. Pero quizás, se nos ocurre, esta es una oportunidad que habilita a pensar otras escuelas posibles, a inventar otra modalidad de hacer escuela. Mannoni permite que escuela no quede ligada a un modo único de configuración e identidad institucional, sino que abre la cadena asociativa en otro rumbo, para que podamos ligarlo con la vida, con el goce.

Asimismo, ¿por qué experimental? Creemos que esto tiene un doble sentido, por un lado, el hecho de que la escuela se inició sin lineamientos previos estrictos o rígidos, sino con la sola intención de contener a algunos niños y jóvenes “sin lugar”. Ellos mismos, junto con los adultos, fueron delineando el proyecto tras la apertura a la experiencia diaria, dejando lugar a que lo imprevisible emerja. Por otra parte, lo experimental viene dado por la invitación continua a que la experiencia se prolongue extra muros, que los niños y jóvenes salgan y prueben, ensayen y erren, entren y salgan, hasta descubrir su deseo y ser sujetos de la palabra.

Además, Mannoni, su fundadora, consideraba a Bonneuil como una institución estallada, concepto central en su forma de pensarla (1996: 28):

Bonneuil, desde 1969, quiso ser institución estallada, a saber: un lugar del que es posible partir en determinado momento para iniciarse en una gran variedad de oficios (mecánica, trabajo en haras de caballos, cultivo biológico, pintura, albañilería, etc.). Se da a los adolescentes la posibilidad de establecer

⁴⁶ En referencia a esta expresión se pueden consultar numerosos textos. Entre ellos, sugerimos: Fernández, A. (2007), Cordié, A. (2007) y la investigación de Rosbaco, I. (2000)

transferencias diversas, de apasionarse por un trabajo fuera de la institución y, eventualmente, de regresar a ésta sólo para la temporada escolar (necesaria para obtener un C.A.P. o un B.E.P.⁴⁷) y hasta de reanudar la escolaridad normal. Siempre fuimos sensibles, y ello desde 1969, a la rebelión y al rechazo de la institución.

Sigue diciendo la autora (1996:72):

La noción de institución estallada, que hemos introducido, intenta sacar provecho de todos los hechos insólitos que surjan (hechos insólitos que se suelen, por el contrario, reprimir). En lugar de ofrecer la permanencia, el marco de la institución ofrece en el fondo de la permanencia aberturas hacia el exterior, brechas de todo tipo (por ejemplo, estancias fuera de la institución). Lo que permanece es un lugar de repliegue pero la vida esencial transcurre en otros lugares: en un trabajo o en un proyecto en el exterior. Mediante esta oscilación de un lugar a otro, puede surgir un sujeto que se pregunte por lo que quiere.

“Estallada” tiene que ver con el borramiento de límites y fronteras. Tiene que ver con la decisión de abrirse al exterior. También con la convicción de Manonni, quien creía indispensable que la configuración de la institución, su permeabilidad y su flexibilidad, estén pensadas para cuidar a quienes aloja (González, 2007:17):

Insiste sobre el derecho “al riesgo” (que se niega en otras instituciones donde debe haber una seguridad perfecta) y ese derecho es garantizado en Bonneuil, demostrando que si una institución no estalla ante el malestar del niño, para ayudarlo, el “estallado” será el niño.

De esta manera, la experiencia de Bonneuil nos interpela en varios sentidos. Primero, en qué entendemos por educador y por educación, qué significado le atribuimos a la institución llamada escuela, y a qué sujetos podemos llegar a pensar en ella. Cuestiona fuertemente la idea de que sean especialistas los que deben trabajar con los niños y jóvenes en dificultades, ya que Manonni se los encomendaba a familias que no tenían ninguna formación en particular, sino una simple disposición a recibirlos. Seguramente tenga que ver más con un gesto de hospitalidad que de especialidad. Bonneuil nos interroga sobre los

⁴⁷ Certificaciones escolares del sistema educativo francés.

adentro y afuera que marcamos en el terreno educativo, que también podría ser pensado en términos de inclusión-exclusión. Nos enfrenta con los vericuetos del deseo ya que, como se puede leer en los relatos, lo que sucedía en la institución muchas veces era que los niños y jóvenes se dedicaban a tareas no escolares primero, y luego aparecía en ellos la inclinación a aprender a escribir, a leer, a descubrir las matemáticas. Mannoni nos interroga diciendo que “antes de tener hambre de alimento el niño tiene hambre de la presencia del otro y de la voz del otro.” (Mannoni, 1985 en Pérez de Lara, 2009:111)

Sobre la inagotable necesidad de otros y de lo común.

Recapitulando, hay algunos niños y jóvenes en situación de padecimiento que están quedando al margen, ya que el hecho de distinguir entre salud y salud mental implica que, en lo concerniente a la segunda, el acompañamiento de dichos alumnos esté poblado de buenas voluntades, artesanía, intuición, improvisación. En tales situaciones, más allá de que la escuela común en ocasiones logre acompañar al alumno, lo cierto es que el mundo de esos sujetos, “en reposo”, suele reducirse a la casa y a la familia. Sin embargo, Bonneuil muestra cómo, muchas veces, tomar distancia de esas escenas cotidianas y conocidas, se vuelve condición para poder arriesgarse a vivir.

O, si no ocurre la permanencia en el hogar, puede ser que la Modalidad Especial intervenga, como refería la supervisora consultada:

Significativamente, niños con trastornos mentales severos solicitan intervención de la modalidad. Nada está claro aún al respecto, algunos (equipos⁴⁸) aludiendo a su proyecto institucional, son incorporados en las *escuelas especiales, los menos; otros son “sostenidos” en la escolaridad* donde asisten, algunos, los que tienen obra social, poseen acompañantes terapéuticos o docente de apoyo.

De este modo, nos parece que nuestra preocupación alude a una vacancia, a un limbo, como mencionamos anteriormente. Entonces, parece que es necesario construir nuevas institucionalidades, que puedan ocuparse y hacer lugar a niños en situación de

⁴⁸ La aclaración es nuestra. Refiere a directivos y servicios psicopedagógicos pertenecientes a las Escuelas Especiales.

dificultad. En relación a ello, quizás podamos tomar algunas pistas que Mannoni nos arroja:

-Un lugar que no es para siempre o no siempre ahí.

-Un lugar que no pregunta por un diagnóstico, sino por un sujeto que tiene un nombre.

-Un espacio abierto a los movimientos y a la experimentación.

-Una propuesta que tiene momentos para lo escolar, pero sin que lo mismo ocupe toda la escena.

-Unos otros, disponibles, hospitalarios, que generan un corte con lo familiar y lo endogámico, habilitando otras presencias, otras voces, que amplíen el mundo de identificaciones posibles, ofreciendo “más de una inscripción al alcance de cada configuración singular” (Frigerio, 2008:246).

¿Será posible idear, entre educación y salud, un entre, tanto físico como temporal, una nueva intersección, que permita acompañar y cuidar las trayectorias escolares reales de los alumnos en situación de padecimiento psíquico, sin caer en la trampa clasificatoria ni hospitalizante? Pues creemos que es fundamental ponerlo en la agenda de discusión de políticas públicas, en un intento (siempre inconcluso) por construir lo común, pues “para que haya mundo se requiere del trabajo político y psíquico de hacer lo común (el lugar y el sentido).” (Frigerio, 2008:238)

Tercer analizador: La (renovada) modalidad de tratamiento de las infancias y las diferencias en la Educación común.

La modalidad que no hospitaliza, pero enferma

Como ya mencionados, la ley de educación vigente en Argentina desde el año 2006 y hasta el presente, instituyó la existencia de modalidades educativas, entendiéndolas como variaciones organizativas de la educación común, que buscan atender a particularidades personales y/o contextuales, con el propósito de garantizar la igualdad en el derecho a la educación y la obligatoriedad en los diferentes niveles. A diferencia de los analizadores anteriores, lo que aquí desarrollamos no es una modalidad así entendida, pero sí podríamos decir, una nueva modalidad dentro de la educación común, más o menos encubierta, de separar las infancias, de tratarlas y clasificarlas. Porque se podría tratar con cuidado, pero esta modalidad refiere a otra cosa, a la persecución, a la división, a la segmentación; y, a su vez, tratar o tratamiento es parte del lenguaje de los profesionales de salud, y con lo mismo se da cuenta de una intervención que busca modificar, alterar, volver a los valores normales, ¿curar?, ¿sanar? Y, últimamente, el pedido de tratamientos o profesionales tratantes se escucha fuerte dentro de las escuelas.

Como introducimos en la consideración acerca de Educación, la escuela, su nacimiento, ha estado marcado por una misión homogeneizadora, con ímpetus normalizadores, con cierto recelo hacia las diferencias. La emergencia del fracaso escolar, tal como propone Cordié, fue casi paralela a la obligatoriedad. Y, como describimos en el primer analizador, en función de ello se tomaron diferentes medidas. Expulsivas, excluyentes. Se crearon escuelas aparte, clases diferenciadas, a pesar de las advertencias de muchos, como las de Mannoni (2002:83):

Reunir a los discapacitados-segregados en un lugar que los encasilla sólo contribuye a su estancamiento. A fuerza de escribir sobre ellos (en el libro de partes diarios del equipo), se pierde la capacidad de escucharlos; y cuando se los escucha, es para desestimar lo que dicen por ser la palabra de un loco.

Para llevar adelante dichas medidas, en general, primaba un discurso médico, que sentenciaba sobre el cuerpo sus posibles e imposibles (más de los últimos que de los primeros). Y entonces lo médico y lo educativo crearon una lengua en común, unas

palabras que ambos entendieron y acordaron: los diagnósticos. Idiota, imbecil, tarado, años atrás. Hoy, transformadas en malas palabras. Como si ellas fueran culpables de algo. Por eso hoy hay buenas palabras. O, si no son buenas, al menos son científicas. Desatento, hiperactivo, opositor desafiante, bipolar, disléxico, autista. Palabras que interrumpen unas vidas, por su bienestar, por su futuro, por su salud y su educación, podrán decir (Skliar, 2015:177):

El tiempo del niño es una amenaza a la celeridad y la urgencia adultas. Por eso el adulto interrumpe el tiempo del niño. A veces la interrupción es una guerra, un exilio, una bomba. Otras veces ocurre bajo la forma del hambre, de la miseria, del abandono. Y otras veces la interrupción coincide con el inicio de la escolarización. Y es que también una interrupción puede ocurrir con suavidad, necesidad y elegancia. Y no deja de ser una interrupción.

Interrumpen con diagnósticos falibles y fatales, patologizando. A esto nos referíamos al historizar nuestras preocupaciones: “a partir de manuales internacionales, se nombraron nuevas enfermedades, las que cada vez tienen mayor preponderancia y *parecen tomar forma de epidemias*”.

Dueñas (2013), en relación al concepto de medicalización, adhiere a Conrad y la describe “como un proceso múltiple y variado, por el cual problemas no médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, bajo forma de enfermedades, trastornos o desórdenes” (Dueñas, 2013:20). Entonces, situaciones vitales (aspectos propios de la infancia como la inquietud, de la adolescencia como la oposición, la vejez, etc.) o circunstanciales como un proceso de duelo, o problemas de aprendizaje relacionados con factores pedagógicos-didácticos, conducirían a una derivación médica y sus consecuentes acciones (diagnosticar y medicar, en muchos casos).

El riesgo es que la educación, y quienes trabajamos en/por ella, dejemos de pensar (nos) como, justamente, educadores, para ser parte de una maquinaria diagnosticadora, desplazando toda energía a encontrar indicadores desfasados, observar conductas disruptivas, evaluar por medio de cuestionarios. Porque un diagnóstico puede surtir un efecto tranquilizador, pero a costa de que ya nada se espere de ese sujeto o, al menos, nada que no sea congruente con el cuadro patológico. Es entonces cuando ese sujeto pierde, se-

pierde, porque como ya mencionamos (Mannoni, 2014:89), la mirada del adulto sobre el niño condiciona la percepción que él mismo puede construir sobre sí..

Sumado a ello, una vez dictado a modo de sentencia el diagnóstico, que si es de orden biológico presenta un destino inexorable, ¿qué lugar de libertad para otro discurso queda disponible? Porque en primer lugar, esta etiqueta es recibida en un movimiento que va desde afuera hacia adentro; desde lo que los otros dicen de uno, hacia lo que uno puede decir de sí. Y puede haber una fractura allí. Pero cuando estos dichos tienen tal preponderancia, mediática, médica, farmacológica, social, escolar, ¿cómo salir de allí? La situación del sujeto se transforma en una sujeción (Foucault, 1983: 234):

Una sujeción real nace de una sujeción ficticia. De suerte que no es necesario recurrir a los medios de fuerza para obligar al condenado a la buena conducta, al loco a la tranquilidad, al obrero al trabajo, al escolar a la aplicación, al enfermo a la observación de las prescripciones.

Nosotros seguiremos enfocando nuestro análisis en los niños, pero cabe mencionar que esto mismo puede pensarse en relación a adolescentes y jóvenes, tal como lo hace Kantor (2008:97):

La patologización y la medicalización de los comportamientos «disfuncionales» de niños y adolescentes forman parte del problema que estamos analizando y contribuyen en buena medida a generarlo. Al parecer, esto es lo que está ocurriendo con la cantidad de chicos/as cuyos «problemas de atención», «trastornos de conducta» y/o «hiperactividad» en la escuela son cada vez más rápidamente diagnosticados como add (déficit atencional) y tratados mediante la administración de ritalina, una droga cuya seguridad, eficacia y efectos a largo plazo son aún inciertos (Untoiglich, 2004).

Explica Dueñas (2013:57) que este fenómeno comenzó impactando en sectores de clase media y alta, quienes podían pagar consultas médicas privadas y sostener las correspondientes indicaciones o prescripciones; sin embargo, luego se extendió a sectores sociales con menor poder adquisitivo, a través de diferentes recursos legales y la tramitación de certificados de discapacidad otorgados por juntas profesionales, dependientes de hospitales públicos.

Sobre la expansión o preponderancia de estas enfermedades, hay más estudios en torno a Desatención e hiperactividad, Dislexia y Trastorno del Espectro Autista⁴⁹. O al menos, son las nomenclaturas que más han trascendido en los medios de comunicación y en otras esferas, como la política. En materia de comunicación, un eje que es fuertemente demandado por las asociaciones y organizaciones que piden la difusión de dichos trastornos, suelen contar con aludir a figuras públicas (artistas, científicos) que atestigüen dicho padecimiento y su vida como ejemplo de superación y éxito⁵⁰.

En materia de políticas públicas, en relación a TEA o TGD (Trastorno del espectro autista), en la provincia de Santa Fe se ha promulgado una ley de protección integral para las personas que posean dicho diagnóstico, normativa refrendada por los ministerios de Salud y Educación. Y sobre dislexia, se ha promovido instituir un día específico y una semana para la concientización sobre dicho trastorno.

Y todo esto, ¿cómo se relaciona con la Ley de Educación vigente y la Resolución del CFE N° 174? Además, teniendo en cuenta que esta última aprueba el documento: “Pautas federales para el mejoramiento de la enseñanza y el aprendizaje y las trayectorias escolares, en el nivel inicial, nivel primario y modalidades, y su regulación”.

Por último, es importante aclarar que el presente trabajo no busca realizar un análisis pormenorizado de los diagnósticos antes mencionados, sus causas (supuestas), argumentos y contra argumentos. Sobre ello hay amplia bibliografía de consulta, y en ambos sentidos: avalando su existencia, así como discutiéndola. Nuestro posicionamiento es próximo a lo segundo⁵¹, creyendo que lo hemos hecho explícito en puntos anteriores. Más allá de ello, lo que a continuación realizaremos es un análisis centrado en los efectos

⁴⁹ Estos diagnósticos son parte del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association o APA). La edición vigente es la quinta, y fue publicada el 18 de mayo de 2013. Es similar al CIE-11, Clasificación Internacional de Enfermedades, cuyo uso está generalizado en todo el mundo, y es recomendado por la OMS.

⁵⁰ Sobre autismo, hay muchas películas, como la de Temple Grandin, que relata la vida de una mujer estadounidense con diagnóstico de Asperger y que logró convertirse en científica; persona que, a su vez, realiza giras mundiales brindando su testimonio. Sobre dislexia, un personaje muy involucrado en las campañas de difusión ha sido Sebastián Estevanes, actor argentino que colabora con la Asociación DISFAM. Sobre desatención e hiperactividad, Scandar (2003:16) presenta una “Galería de notables con TDAH”: Arquímedes, Galileo Galilei, Isaac Newton, André Ampere, Louis Pasteur, A. Graham Bell, Hnos. Wright, Albert Einstein, Leo Szilard, Thomas A. Edison, Werner Von Braun, Leonardo Da Vinci, Julio Verne, W. Mozart, Ludwig Van Beethoven, Hans C. Andersen, Georges B. Shaw, F. Scott Fitzgerald y Rodin.

⁵¹ Sugerimos la lectura de Affonso Myosés, M. & Collares, C. Dislexia y TDAH: ¿Dónde están las evidencias? En Untoiglich, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires, Argentina: Noveduc. 107-170. Del mismo modo, Terzaghi, M. ídem. 175-190.

que produce la operación política de dividir las infancias. Entonces, para comenzar a desarrollar este apartado, retomamos la preocupación que esbozamos en un principio. Nos preguntábamos: “¿Qué rol ocupan las instituciones escolares en estos procesos?, ¿qué efectos producen estas políticas?, ¿qué impacto genera este modo de pensar la *subjetividad, así como la salud y la educación?*”.

Del espectro y sus sombras, o lo que se ensombrece.

Como mencionamos, uno de los diagnósticos que ha sido más difundido ha sido el llamado Trastorno del Espectro Autista, en sus diferentes formas. En relación a ello, Naciones Unidas instauró el 2 de abril como Día Mundial de Concientización sobre el Autismo⁵², en la Resolución 62/139, aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 2007. A su vez, esto dio pie a grandes slogans y procesos publicitarios, en los que movimientos sociales (de familiares, profesionales, entre otros actores sociales) suelen identificarse con el color azul.

En el documento de Naciones Unidas, se entiende al Autismo de la siguiente manera (Res. 62/139:1-2):

Consciente de que el autismo es una discapacidad permanente del desarrollo que se manifiesta en los tres primeros años de edad y se deriva de un trastorno neurológico que afecta al funcionamiento del cerebro, de que afecta principalmente a los niños de muchos países, con independencia de su sexo, raza o condición socioeconómica.

Como se puede leer, lo que sostiene esta postura es una visión estrictamente biológica, que desatiende factores históricos, culturales, vinculares, entre otros.

En relación a ello, la organización se basa en la casificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM. Documento emitido por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría), décima revisión, (subcategorías F84.0 y F84.1), refrendada por la 43ª Asamblea Mundial

⁵² Para leer en más detalle se puede acceder a <http://www.un.org/es/events/autismday/2012/sgmessage.shtml> y <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/62/139>.

de la Salud en mayo de 1990. En esta clasificación, para Trastorno del Espectro Autista se especifican como criterios diagnósticos: Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades; síntomas presentes en las primeras fases del período de desarrollo; los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual; estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo.

Este diagnóstico, a su vez, deriva de los estudios de Kanner, quien fue el primero, en los años 40 del siglo pasado, en nombrar de este modo a un cuadro que él caracterizó, observando niños inteligentes pero con dificultades para conectarse afectivamente con las personas, como autismo infantil precoz. Esta teoría fue modificándose con los años e incluyendo otras problemáticas distintas a las originalmente planteadas por el autor. Desde otras perspectivas se originó el uso de nuevas denominaciones como autismo de Kanner, autismo sindrómico, psicopatía autista: Asperger (1944), Esquizofrenia infantil: Bender (1947), Psicosis simbiótica: Mahler (1952), Autismo infantil: Rutter (1978), Desorden Autista: Asociación de psiquiatría americana (1987-1994), Síndrome Autista: Gilbert y Coleman (1992), Trastorno autista, Trastorno Generalizado del Desarrollo (DSM IV), hasta llegar al “*espectro*”, la actual.⁵³

Espectro refiere a que existiría una amplia gama o grados de afectación, por lo que personas con manifestaciones muy diferentes, podrían recibir el mismo diagnóstico. Es decir, el espectro sería una noción capaz de abarcar tanto, que prácticamente nada quedaría afuera, ensombreciendo u ocultando los procesos políticos subyacentes. De allí que en los últimos años, el número de niños diagnosticados bajo esta nomenclatura haya crecido exponencialmente⁵⁴.

⁵³ Esta enumeración es sustraída de Untoighigh, G. (2013) El trabajo de constitución subjetiva en la clínica con niños graves y sus padres. En Untoighigh, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires, Argentina: Noveduc. Para profundizar en la historia del concepto autismo, sugerimos remitirse al texto de la autora.

⁵⁴ El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), ha publicado datos estimando la prevalencia de TEA. Como Terzagui (2013:188) expone que, de un caso en 88 niños, esta cifra se incrementó un 23% en los años 2006-2008 y 78% en los años 2002-2006. También es posible remitirse a Fombone (2002), Tombin (1997).

A su vez, este fenómeno ha producido, como anticipamos, la creación de leyes por patología o, al menos, el interés y reclamo por las mismas.

La Ley de Protección Integral de las Personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) y/o Trastornos Generalizados de Desarrollo (TGD), N° 13328, se reglamentó en la provincia de Santa Fe mediante el Decreto N° 0189/15. Dicha ley, que tiene como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Provincia, hace foco en aspectos tales como el diagnóstico precoz, en los tratamientos brindados por el área de salud y acompañamiento en los procesos educativos, más el autovalimiento y la integración en la comunidad. Allí se estipula que los beneficiarios son todas aquellas personas con diagnóstico de T.E.A. y/o T.G.D., y su familia. El texto agrega, además, que el diagnóstico se regirá según criterios internacionales científicamente válidos. Esta es una idea que se repite mucho a lo largo del texto: científico, comprobado científicamente, avalado internacionalmente...

Entre las funciones que se le asigna al Ministerio de Salud (art.5), en esta ley se menciona en uno de los primeros lugares, la de articular con el Ministerio de Educación. Respecto a lo mismo, en el punto se explicita que el sistema educativo, tanto público como privado, no podrá privar el ingreso de niños con T.E.A. y/o T.G.D. y que el Ministerio de Educación de la Provincia, capacitará a los docentes de los diversos establecimientos educativos en la temática (con el riesgo de lo que termine siendo tematizado sean las infancias). Para ello, menciona la ley, se deberán proveer espacios físicos y características edilicias adecuadas, así como también equipamiento y material educativo.

En los puntos 5 y 6, la misma refiere a que se deberán adecuar los procesos educativos a las características particulares de cada persona, planificando de acuerdo a las características individuales y objetivos definidos, monitoreando periódicamente los avances. Y del modo en que este desarrollo continúa, merece una especial detención. Dice en el punto N° 7:

Cuando se hubieran desarrollado las acciones dispuestas en la presente, y no se obtuvieren resultados positivos en el mediano o largo plazo, el docente a cargo y director del establecimiento escolar, elaborarán un informe detallado, sugiriendo en su caso la derivación a un especialista, o requiriendo los

recursos humanos y materiales necesarios para el abordaje integral de la educación del niño.

En relación a ello nos preguntamos, ¿quién evalúa esos supuestos resultados?, ¿de qué modo y con qué fin? Sobre el rasgo de especialidad ya nos preguntamos antes, si es tal lo que se necesita o, será, en lugar de especialidad, disponibilidad y hospitalidad para con los otros. Y, por supuesto, si luego sobrevendría un abordaje integral, ¿qué tipo de abordaje era el que se llevaba a cabo hasta ese momento de decisión?

Seguramente, con integral se referían a una práctica educativa pero que no sea sólo eso, ya que en el punto 8 promueven la creación de Centros Educativos Especializados y/o los convenios con instituciones especializadas, que tengan a su vez, profesionales especializados (psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales). Todos los que se consideren necesarios, siempre y cuando cumplan con la condición de “acreditación científica o profesional adecuada en la atención de la problemática reflejada en la presente”.

Por otra parte, encontramos una contradicción en esta ley que nos lleva a hacernos más preguntas. Primero se estipula el derecho a recibir atención psicológica en sus diferentes orientaciones (art.3 b) y luego, las referencias realizadas en los siguientes artículos se corresponden con la orientación cognitiva conductual, especialmente. Por ejemplo, en el punto k se establece que el diagnóstico o detección debe ser a través de “metodologías debidamente comprobadas y autorizadas por la autoridad de aplicación en instituciones de salud públicas y privadas con convenio, entre ellas el Cuestionario del Desarrollo y Comunicación de la Infancia (*M-CHAT*), u otras”.

Siguiendo con el análisis, la ley establece en el punto 1, previo a todo lo anterior, que:

Las personas con T.E.A. y/o T.G.D. tienen derecho a la elección de una educación libre y gratuita, adecuada a su condición, debiendo incorporarse dentro del sistema educativo público o privado, la figura del acompañante terapéutico y/o docente integrador, sea su procedencia del ámbito del Estado o de los sistemas de salud privados.

Entonces, si el acompañante es terapéutico, ¿qué efectos produciría su presencia en la escena escolar y en los procesos de enseñanza y aprendizaje? Si los efectos que se

buscan son terapéuticos, ¿a qué lugar quedaría relegada la educación?, y si para que suceda algo del orden de la educación, fuera condición el tamiz de lo terapéutico, ¿qué nos diría ello a nosotros como educadores?, ¿qué implicaría?; y si diera lo mismo que el acompañante fuera un docente integrador, ¿en qué lugar queda ubicado el docente? Además, la figura del docente integrador es propia de la Modalidad de Educación Especial y dicha tarea está enmarcada claramente en documentos, como el Decreto provincial N° 2703. Si este tipo de acompañamiento ya está instalado como política educativa, bregando por prácticas de educación inclusiva, ¿por qué entonces realizar una ley aparte, sobre un diagnóstico específico? Nos parece que estas preguntas no son atendidas en el texto de la ley vigente.

Por último, creemos importante destacar de esta ley, el punto en el que se señala que los Ministerios de Salud y Educación, deberán implementar conjuntamente:

Campañas de difusión a través de los medios de comunicación, cartelería, folletería, capacitaciones específicas, talleres y todo aquello que estime pertinente, de modo de fomentar la concientización y el conocimiento del T.E.A. y/o T.G.D., en particular en la comunidad educativa y la población en general, con el objeto de garantizar el goce pleno de los derechos que por esta ley se establecen.

Pero este tipo de publicidad, ¿qué genera?, ¿concientización o persecución? ¿Prevención o predicción?, ¿conocimiento o desconocimiento (acerca del propio sujeto, al incluirlo en un diagnóstico como este)?

En relación al autismo, el lugar que ocupa la escuela, operando como modalidad de tratamiento de la infancia, no es tan central, a diferencia de lo que desarrollaremos en los apartados siguientes. Sin embargo, creemos que la intersección entre educación y salud ha quedado visible en el presente análisis. Y quizás, lo no visible es justamente una cuestión a destacar: que la educación (los educadores) no se ha opuesto a lo antes descrito, no se ha levantado en contra de estos movimientos, no ha denunciado dicho modo de pensar los sujetos. Entonces, ¿qué ensombrece una pasividad obediente? ¿Podrá ser un acuerdo tácito, una cierta complicidad?

Sobre dislexia y lo que no se deja escribir

Imagine una provincia al norte del país, una localidad costera, un pueblo de pescadores. Piense en una hipotética situación áulica, en un primer grado. Hágase a la idea de una maestra enseñando a escribir a sus alumnos, dibujando animalitos en el pizarrón, colocando tantos guiones como letras tiene la palabra. Hay un niño allí que mira desconcertado una de las figuras,



la que tiene un círculo y un triángulo en un extremo.

En un momento el niño ha descifrado el enigma. Él sabe de lo que la seño habla, porque a diario saca muchos de esos animalitos del río, cuando acompaña a su papá y a sus hermanos. Él ya es uno más en el grupo, encarnando, tirando, sacando, destripando.

¡Oh, sí! Él sabe muy bien de lo que se trata. Conoce sus colores, sus olores, la textura, cómo se mueve y resbala entre sus dedos cuando lo agarra. Dice la palabra mágica en su cabeza, prestando especial atención a los sonidos. Y finalmente, coloca una gran O en uno de los guiones. Una O como la que la seño usó al dibujar al animalito. Hace un círculo grande, trabajoso, intentando ser prolijo. Se decide a continuar, porque nota que hay guiones sin completar. Hasta que la maestra nota la letra escrita en el cuaderno, con pulso apretado y trazo algo vacilante. Bueno, imagine ahora que la seño dice que está

mal. Esa palabra no lleva ninguna O. “Escucha como digo yo”, dice la seño:

“PEEEEEEEEEEEZ”. ¿Se puede usted imaginar esto?

¿Podría el niño de la historia ser portador de un déficit neurológico que explique el desencuentro entre la propuesta pedagógica y sus hipótesis de escritura? ¿Podría haber una falla a nivel cerebral que dé cuenta de lo que no logra escribir? ¿Podría ser sospechado de retraso y ser derivado para evaluación de una Escuela Especial o junta médica? Todas estas cosas podrían pasar. Pero también podría pasar que este modo de pensar la situación no deje escribir otras cosas, tales como las fracturas en los modos tradicionales de enseñanza, la intolerancia de un modelo pedagógico hacia los tiempos singulares, la renovada modalidad de tratamiento que hace la escuela común hacia las diferencias, dividiendo y expulsando.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la Dislexia es colocado como un (2014:67):

Término alternativo para referirse a Trastornos Específicos del Aprendizaje, y se utiliza para referirse a un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica.

En relación a Dislexia, en el año 2013 se presentó un proyecto de ley⁵⁵ en la provincia de Santa Fe, que se aprobó en la Cámara de Diputados, pero no así en Senadores. El mismo bregaba porque el día 10 de Mayo⁵⁶ se instituya como Día de la Dislexia, de modo similar a lo antes dicho sobre Autismo y que, además, la semana en la que esté comprendida dicha fecha, sea de concientización sobre la temática en toda la provincia. Sin embargo, aunque la ley no haya sido efectivamente sancionada, diferentes instituciones han realizado actividades sobre la temática, en el marco de dicha fecha⁵⁷.

Por otra parte, a finales de 2013 en la provincia de Buenos Aires, la Dirección General de Cultura y Educación firmó la disposición 59/2013, por la presentación de la Asociación española DISFAM⁵⁸ (Dislexia y Familia), en la que se dispone la aprobación de un documento que refiere al abordaje de Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA), con sugerencias de trabajo en el aula.

A nivel nacional, existe el antecedente de un proyecto de ley sobre Dislexia.⁵⁹ El mismo tenía como principal objetivo: “establecer un sistema de prestaciones básicas para la detección temprana, prevención y asistencia de la dislexia de manera de brindar una

⁵⁵ Agradecemos la colaboración del Diputado Leandro Busatto, quien nos ha facilitado el acceso al documento (proyecto de Ley presentado por él mismo), respondiendo rápidamente a nuestro pedido.

⁵⁶ Día propuesto por la Asociación Aprendamos (Asociación civil de padres de niños con dislexia-Santo Tomé, Santa Fe), en conmemoración al nacimiento del Dr. Luis Panico, médico neurólogo infantil que residía en la capital de la provincia, fallecido en el año que se promovió el proyecto de ley.

⁵⁷ Se puede citar la Jornada “Educando al Cerebro” (2015), Jornadas “Dislexia: una cuestión de enseñanza y aprendizaje” (2014). La primera, organizada por la Secretaría de Extensión, a través del Programa Educación y Sociedad (UNL) y Aprendamos, la Asociación de Padres de Niños con Dislexia, de la ciudad de Santo Tomé. La segunda fue organizada por Aprendamos y auspiciado por la Universidad Nacional del Litoral (UNL) y la Secretaría de Estado, Ciencia y Tecnología del gobierno de la provincia de Santa Fe.

⁵⁸ Se puede acceder a su sitio web, a través del siguiente enlace: <http://www.disfam.org/>

⁵⁹ N° de Expediente 7248-D-2013. Trámite Parlamentario 165 (31/10/2013), presentado por la entonces Diputada Regazzoli, María Cristina. Disponible en <http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=7248-D-2013>. Consultado por última vez el 09/03/16.

cobertura integral en atención a las necesidades y requerimientos de cada caso en particular” (art. 1). Por prestaciones básicas entiende prestaciones psicopedagógicas (a través de gabinetes especializados presentes en las instituciones educativas), prestaciones terapéuticas educativas (parece relacionarse con las adaptaciones de la propuesta pedagógica) y prestaciones asistenciales (desarrolladas por psicoterapeutas, psicólogos y fonoaudiólogos). Además, en diferentes sitios web de noticias hay referencias a otros proyectos similares, pero no se brindan detalles acerca de su presentación formal⁶⁰.

Por otra parte, la Asociación DISFAM, antes mencionada, fue una de las principales promotoras de otro proyecto de Ley de Dislexia a nivel nacional, que se presentó en el año 2015 como "Proyecto de Ley sobre Dificultades Específicas del Aprendizaje" (S-1680/15⁶¹), definiendo tales dificultades como:

Se entiende por Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA) a las alteraciones de base neurobiológica, que afectan a los procesos cognitivos relacionados con el lenguaje, la lectura, la escritura y/o el cálculo matemático, con implicaciones significativas, leves, moderadas o graves en el ámbito escolar. (Art. 3)

De allí se desprenden (nuevamente), detección temprana, campañas de concientización, formación docente específica, coordinación entre autoridades sanitarias y educativas. Esto se puede leer en el Artículo N° 5: “Funciones”.

En las fundamentaciones, además de mencionar la ley de educación vigente y el principio de inclusión, se alega que entre 5 y el 10% de la población sufre dicho trastorno (pág. 4).

Respecto a dicho proyecto de ley, un grupo de profesionales, agrupados en la organización FORUM INFANCIAS⁶², se pronunció a través de un documento titulado:

⁶⁰

http://archivo.eldiariodelapampa.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=166492%3Aalon-so-presento-proyecto-de-ley-sobre-la-dislexia&catid=71%3Adestacadas&Itemid=28#.VuB4xUJ97IU, http://infocielo.com/nota/62722/diputados_buscan_aprobar_una_ley_de_dislexia_provincial/

⁶¹ Presentado por María L. Leguizamón. Disponible en www.senado.gov.ar/parlamentario/parlamentaria/363304/downloadPdf. Consultado por última vez el 09/03/16.

⁶² Se autodefinen del siguiente modo: “Somos un grupo de profesionales de la salud, la educación y las ciencias sociales, preocupados por el auge que ha tomado en los últimos años la patologización y medicalización de la infancia. Nos encontramos con niños que, por presentar dificultades en la escuela o en el ámbito familiar, son rotulados y medicados sin que nadie los haya escuchado; sin referencias a su contexto y a su historia, sin que se haya realizado ningún intento de comprender sus conflictos ni de

“Una ley que, más que garantizar derechos de los niños, los vulneraría”. El mismo expresa la preocupación de simplificar un aprendizaje como el de la lectura y la escritura, con sus significaciones psíquicas y sentidos subjetivos, con la complejidad de las escenas de enseñanza y aprendizaje, más factores contextuales, tanto institucionales como culturales, sociales e históricos, todo ello, a una causa neurobiológica. Además, mencionan que mucho de los así llamados síntomas, no son sino etapas esperables del proceso de aprendizaje. Ponen en tela de juicio la condición de que para recibir ayuda, un niño necesite ser portador de un diagnóstico.

Por otra parte, expresan que no hay evidencias científicas del fundamento biológico que se expresa y que la propuesta de acompañamiento en el aula sólo hará que esos niños queden inhabilitados para progresar a su ritmo, en la adquisición de la lectura y escritura. Pero, aún cuando se encontrase por ejemplo, el gen o la falla a nivel cerebral que explique las dificultades para poder leer y escribir, ¿alcanzaría eso mismo para dar cuenta de la complejidad que ello supone, del proceso de enseñanza y aprendizaje, de cómo la subjetividad se haya implicada y de qué manera la historia singular de cada uno se entreteje allí?

El documento, firmado por la Mg. Carmen B. Fusca, termina resaltando que dicha ley conllevaría a minimizar el rol de la escuela y la función de la enseñanza, transformando las prácticas pedagógicas en un problema médico y des responsabilizando a la institución de su principal tarea: que los niños aprendan.

En otra declaración, la misma organización expresó que consideraba el hecho de sancionar leyes por patologías como contrario a la ley de Salud Mental.

Retomando el lugar de la institución escolar, explican que, asimismo, esto iría en contra del espíritu de la política educativa actual, ya que el sistema educativo debe contemplar las particularidades de cada niño, sin suponerle una patología; y resaltan la idea de los procesos de adquisición de lectura y escritura como prácticas sociales que involucran procesos cognitivos, más el involucramiento de saberes previos. Para ello, citan

ayudarlo de otros modos.” Disponible en <http://foruminfancias.com.ar/comision-directiva/> Consultado el 07/02/16.

Su comité ejecutivo está conformado por: Elsa Kahansky, Rosa Silver, Beatriz Janin, Juan Vasen, Miguel Tollo, Gustavo Dupuy, Mabel Rodríguez Ponte, Silvia Morici, Gisela Untoiglich.

a autores como Ferreiro, E, 1979, 1988; Smith, F. 1992; Scardamalia, M. y Bereiter, C. 1992; Parra C. y Saiz, I. 1994; Goodman, Y., 1991, Eco, U. ,1987; Castorina, A., 2012, Lerner, D., 2001,2009; Kaufmann, A., 1988; Fusca, C., 2012; Janin, 2004, 2011; Bleichmar, S., 2000; Woods, C. 1992.

Fórum infancias refuerza la idea de que leer y escribir no es una mera decodificación de signos, sonorización y transcripción; que no sólo demanda habilidades perceptivas y motoras y que nunca se da en situación de aislamiento. Para superar posturas restrictivas que defienden una mirada puramente biológica, es necesario pensar desde la complejidad. Lo anterior no niega que hay niños que presentan dificultades para aprender, lo que se cuestiona es que lo misma suceda, estrictamente, asociado a un trastorno con componente genético, de lo que se deriva, irreversible (Vasen, J., 2007, 2013; Janin, B., 2004, 2011; Untoiglich, G, 2013). Porque allí donde un déficit neurológico resulta explicativo, sucede “una operación desubjetivante en la cual el niño queda anulado como alguien que pueda decir algo acerca de lo que le pasa” (Janin, 2006; en Cannellotto y Luchtenberg, 2010; 2011; en Dueñas, 2013:58).

Como desarrollamos, este escenario excede pero no excusa al propiamente escolar. En el mismo se encuentran involucrados diferentes actores sociales: familias, medios de comunicación, asociaciones civiles, legisladores, trabajadores del campo de la salud y la educación. Sin embargo, teniendo en cuenta que la lectura y la escritura son contenidos escolares (o escolarizados), de gran centralidad, especialmente en los primeros años de la enseñanza formal, vale pensar la responsabilidad de la educación de cara a dichos procesos. Dentro de nuestra experiencia clínica, además, es notable la gran cantidad de pedidos de diagnóstico para niños entre 6 y 8 años de edad, realizados por docentes que, muchas veces, en el mismo pedido incluyen una sospecha acerca de que este trastorno sería la explicación para lo que pasa al niño.

De este modo, políticas públicas que avalen este modo de pensamiento e intervención, impiden escribir una historia singular, que está atravesada por la palabra en un modo absolutamente personal, más una reflexión educativa y pedagógica acerca de los procesos de lectura y escritura, su enseñanza y aprendizaje.

Prestar, pagar, deber, devolver... ¿atender?

La mirada se dirige a todas partes, aunque algunas cosas sean más interesantes que otras porque se mueven, suenan, tocan, hablan, enfrían, calientan, llevan colores, asumen rugosidades, bordes, sensaciones. Es una atención dispersa, no por inmadurez sino quizá porque no hay orden en el mundo. Todo intento por ordenar el universo les hace reír y llorar animalmente. Atender es mirar y es escuchar. Y es comenzar a saborear, despacio, la infinitud complejidad del mundo. Atender no puede ser exigir decir. La atención es una disposición, no una virtud que se pueda medir. Pero es una disposición indispuesta, es decir, no tiene nada que ver con la recta disposición a atender, a escuchar lo que luego sobreviene en algunos órdenes pedagógicos. Es todo lo contrario de la sumisión, es la forma que asume la paciencia cuando es niña. Y la paciencia posibilita escuchar otras voces, atender otros cuerpos. La atención se presta, no se impone. La existencia de tantos niños desatentos es también una rebelión. ¿Atiende más el que hace que atiende o el que decide no atender? ¿Quién decide cuánto dura la atención de un niño? La frágil ecuación se resuelve con la interrupción médica, *publicitaria y pedagógica*: “*habrás de atender todo, incluso aquello que no te es interesante*”. (Skliar, 2015: 178 -179)

La atención como disposición o paciencia niña y la desatención como rebelión, son sentidos que queremos aquí defender, a contra mano de la idea que se está publicitando y amplificando en tiempo presente. Porque en los últimos años, prevalece la concepción de que la atención que se demanda y no obedece debe ser diagnosticada. Seguramente, en ese acto de catalogar, nombrar y medicar, un efecto balsámico viene a colación, para los que así lo piden, ya sean padres, maestros, o sociedad en general. ¿Pero qué sucede con el sufrimiento que muchas veces puede quedar atorado y atrapado allí?, ¿o cuando simplemente, lo que se oferta no merece ser atendido? Porque cuando la atención no se presta, puede ser que esté ocupada en otras cuestiones. Porque si un niño no la presta, puede ser que esté maravillado y obnubilado por algo que vio, escuchó, sintió... o preocupado, asustado, angustiado, en estado de alerta o triste. ¿Quién puede disponer de un

quantum de energía para aprender en esos momentos o desviarla de algo que lo ha capturado? Porque muchas veces, los diagnósticos ahora extendidos, parecen indicar que aprender fuera fácil y natural. Pues no. Aprender exige actividad y esfuerzo, es una tarea ardua (Bárcena, 2012: 13, en Skliar 2015:134).

No es la “facilidad” en el aprender –el hecho de que sea habitual hacerlo– lo que justifica un pensamiento sobre educación, sino la experiencia de su dificultad. De modo específico, se trata de una reflexión que toma como punto de apoyo y raíz de su argumento la experiencia humana, no de la normalidad, sino la de la excepcionalidad, entendida como experiencia de lo frágil y de lo vulnerable.

Y de allí deriva la importancia de nuestra reflexión continua como educadores.

Los modos de entender la atención que están en boga, a los que referíamos anteriormente, se desprenden en gran parte del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), que establece diferenciaciones sobre desatención e hiperactividad, como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado; tipo con predominio del déficit de atención; tipo con predominio hiperactivo-impulsivo; nomenclaturas que suelen abreviarse como ADD (en inglés), TDA (en español), o ADHD / TDAH (si se agrega el componente de hiperactividad). Para ello, se utiliza como criterio que, de una lista de conductas a observar (que si se leen con mínimo detenimiento, observarán que son cuestiones de las más cotidianas, difíciles de NO encontrar en las personas y que a su vez, podrían relacionarse con diferentes situaciones de vida, de personalidad, de factores de crianza, etc.), seis o más hayan persistido al menos durante 6 meses “con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo”, por ejemplo:

Desatención:

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u

obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

Hiperactividad:

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

Otros criterios para el diagnóstico son que los síntomas se presenten antes de los 7 años de edad; que ello genere alteraciones en dos o más ambientes en los que participa la persona (por ejemplo, en la escuela y en casa); y que todo ello signifique, de forma clara,

un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Además, los síntomas deben aparecer por fuera de otros cuadros diagnósticos.

Sobre la lectura del capítulo correspondiente a dicho trastorno en el DSM IV, Alicia Fernández (2007:287), concluía:

Lo único certero es que indica el tratamiento medicamentoso (más otros auxiliares) a niños y jóvenes que se diagnostican como “portadores de ADD y ADHD” pero no se han detectado alteraciones orgánicas específicas, no hay pruebas de diagnóstico clínico específico, no hay estudios “epidemiológicos” diferenciales (por país, sexo, edad, etc.) que sean confiables, no hay un patrón familiar identificado, no hay una historia infantil “específica”, no hay alteraciones intelectuales identificadas... y el diagnóstico se descarta si otro diagnóstico “se aplica mejor” al individuo en cuestión...

Luego de la versión IV, se publicó la V y, muy probablemente, habrá posteriores. Sin embargo, el empeño por trastornar la vida se sostiene.

En relación a lo anterior, Fernández (2007:288-289), pregunta si la reflexión debe rondar sobre prestar o pagar atención, jugando con los verbos en los idiomas inglés (pay attention), portugués y español. En este sentido, prestar implica una entrega momentánea de algo que es propio. Entonces, cuando la sentencia de “no presta atención” recae sobre un niño o adolescente, debemos preguntarnos: “¿Qué es lo que se presta cuando se presta atención? ¿Hay que pagar cuando se presta atención? ¿Quién paga, qué paga y a quién?” (Ídem).

¿Qué hace entonces la escuela cuando deriva a consulta médica por sospechar que un niño es aquejado de tales trastornos? ¿Pueden las escuelas trastornar las vidas de este modo? Sobre ello también reflexiona Dueñas (2013), tomando el ADD-H como un caso testigo.

En relación a ello, Forum Infancias, con adherencia de otros profesionales, formularon un documento que llamaron “Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”, a fin de hacer llegar al Ministerio de Salud una solicitud que enumeraba diferentes puntos, con su correspondiente argumentación:

- Que la evaluación de cada niño sea realizada por profesionales expertos en la temática y que se le otorgue la posibilidad de ser tratado de acuerdo a las dificultades específicas que presenta.
- Que la medicación sea el recurso último (y no el primero) y que sea consensuada por diferentes profesionales.
- Que se tome en cuenta el contexto del niño en la evaluación. La familia, pero también el grupo social al que el niño pertenece y la sociedad en su conjunto, pueden facilitar o favorecer funcionamientos disruptivos, dificultades para concentrarse o un despliegue motriz sin metas.
- Que se acote en los medios la difusión masiva de la existencia del trastorno por déficit atencional (cuando es un trastorno sobre el que no hay acuerdo entre los profesionales) y, sobre todo, el consumo de la medicación como solución mágica frente a las dificultades escolares.

Porque producto de estos diagnósticos, gran cantidad de niños son medicados (con metilfenidato o comercialmente conocido como ritalina⁶³), con el fin de modificar la conducta, por lo que muchas veces, suele administrarse de acuerdo a las situaciones, por ejemplo, para ir a la escuela. Es por ello que queda claro que no hay cura por ese camino, sólo adaptación, adiestramiento, aplacamiento. Lo preocupante es de qué cosas, de la dificultad de los adultos para convivir con niños en movimiento o de un gran dolor

⁶³ Ritalina: Estimulante del sistema nervioso central. Compuesta por clorhidrato de metilfenidato. Indicaciones: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH); Narcolepsia (solamente los comprimidos de Ritalina). (RITALINA - NOVARTIS | PR Vademecum Argentina. Disponible en web. <http://ar.prvademecum.com/producto.php?producto=5840>. Consultado el 09/02/16).

Sobre ello, FF escribió en su comunicado:

“Todas las drogas que se utilizan en el tratamiento de los niños que presentan dificultades para concentrarse o que se mueven más de lo que el medio tolera, tienen contraindicaciones y efectos secundarios importantes, como el incremento de la sintomatología en el caso de los niños psicóticos, así como consecuencias tales como retardo del crecimiento. (Benasayag, L, 2002; Goodman y Gilman’s, 1995; Baughman, 2001; Carey, 2001; Efron et al, 1998; Vademécum Vallory 1999; Goodman and Gilman’s, 1995; Breggin, P, 1998, 1999, 2001; Vademécum Vallory, 1999, Cramer et al, 2002; Schachter et al, 2001)

Con respecto a las anfetaminas en general, éstas han sido prohibidas en algunos países (como en Canadá), además de ser conocida la potencialidad adictiva de las mismas. (CADRMP, 2005)

Con respecto a la atomoxetina, se ha llegado a la conclusión de que produce (en forma estadísticamente significativa):

- aumento de la frecuencia cardíaca
- pérdida de peso, pudiendo derivar en retardo del crecimiento
- síndromes gripales
- efectos sobre la presión arterial
- vómitos y disminución del apetito
- no existe seguimiento a largo plazo. (Baughman, 2005; P R Vademécum, 2005) ”

silenciado –que no suele permanecer de ese modo por siempre, y en sus intentos de hacerse presente, lo más probable es que reciba como respuesta, más cantidad de medicamentos-. Y esto, no olvidemos, en niños en edad de constitución subjetiva y crecimiento físico (Levin, 2004).

La declaración de Fórum Infancias resume: “Es decir, lo primero que se hace es diagnosticarlo de un modo invalidante, con un ‘déficit’ de por vida, luego se lo medica y se intenta modificar su conducta”.

Retomando a colegas, expresan los autores de Fórum Infancias:

Nos hemos encontrado con niños en los que se diagnostica ADD (o ADHD) cuando presentan cuadros psicóticos, otros que están en proceso de duelo o han sufrido cambios sucesivos (adopciones, migraciones, etc.) o es habitual también este diagnóstico en niños que han sido víctimas de episodios de violencia, abuso sexual incluido. (Bleichmar, S., 1998; Touati, B, 2003; Janin, B, 2004)

Parece a veces que, cualquier niño, por el mero hecho de serlo y por tanto ser curioso, inquieto, explorador y movedizo, se vuelve sospechoso de padecer un trastorno, aún cuando si se les presenta algo de su interés, las dificultades de atención desaparecen. O niños que, sufriendo por situaciones de vida muy diferentes, son incluidos en un único diagnóstico, que suele tener un único tratamiento y de allí en más, para siempre, recibe una serie de medidas compensatorias ya que se podría predecir cómo la sintomatología lo afectará por el resto de su vida.

¿Y cómo definir inquieto, por ejemplo? Porque los términos propuestos para realizar el diagnóstico son sumamente vagos y difícilmente puedan gozar de la rigurosidad científica que tanto se promueve desde este discurso. Más aún cuando los que deben establecer mayor o menor inquietud, son los adultos, familiares y docentes, que están involucrados en las escenas en las que se dan las conductas que luego deben evaluar. También hay que tener en cuenta el papel de los medios de comunicación y los modos de comunicación actual, que como ya mencionamos, además de publicitar estas enfermedades, promueven intercambios instantáneos, siempre urgentes, tan breves y tan rápidos, que si no se presta atención, la imagen ya ha cambiado. A esto se refería Fernández (2007:81) con “La sociedad <hiperkinética> y <desatenta> medica lo que

produce”. Allí, la psicopedagoga refería al consumo, a la idea de éxito social, a la fragilización de los vínculos sociales, a la exhibición, a la desesperanza y a la promesa de una vida sin sufrimiento. En ese sentido Fernández (2007:280) cita a Rudinesco (2000):

Cada paciente es tratado como un ser anónimo perteneciente a una totalidad orgánica. Inmerso en una masa donde cada uno es la imagen de un clon, ve cómo se le prescribe la misma gama de medicamentos frente a cualquier *síntoma...*

Y dichos pacientes son también alumnos en otro contexto, y del mismo modo, al esperar que todos aprendan lo mismo, de la misma manera y en iguales tiempos. También la idea de la masa parece hacerse presente en las escuelas.

Fernández luego propone una serie de argumentaciones que nos llevan a nuestras consideraciones acerca de salud, recordando cómo, en cada época, se modelizan enfermedades y prácticas médicas, más asignación de recursos y políticas sociales (Ídem: 284):

Así, en alguna época habrá <médicos> avalando la quema en la hoguera de los epilépticos –principalmente las epilépticas- por estar <<poseídas por el demonio>> y a <<efectos de purificar su alma>>. En otra época la institución médica ya consolidada y en su versión moderna dará fundamentos al asilaje de los <<locos>>, al chaleco de fuerza, al electroshock, la lobotomía o el chaleco químico. Durante el nazismo habrá médicos <<fundamentando científicamente>> los procedimientos de <<purificación de la raza superior>>.

La autora se pregunta si las anteriores son aberraciones aisladas o si son producto de la lógica de la institución médica, agregando que la misma ha realizado cierto desplazamiento hacia los laboratorios medicinales. Es decir, el poder ya no lo ostentaría el discurso médico, sino los laboratorios que producen las drogas administradas por los médicos.

Un niño en movimiento, puede movilizar o denunciar muchas cosas. Y allí es donde el movimiento se vuelve desobediencia a lo que muchas veces se responde, tristemente, con interrupción:

Aquello que se interrumpe, entre otras cosas, es: el cuerpo, la atención, la ficción, el lenguaje. El cuerpo debe entrar en un orden –por eso la doble presión de la publicidad y la medicalización–; la atención debe concentrarse, fijarse –por eso todos los niños son sospechosos de hiperactividad, de desatención–; la ficción debe acabarse y reconducirse –por eso la institucionalización, la escolarización–; el lenguaje debe dejarse de embromar, de hacer metáfora y pasar a ser más sintáctico –por eso la gramática y la retórica–. (Skliar, 2015:177)

Cuando hicimos la consideración acerca del cuerpo en educación y salud, introducimos brevemente lo que acabamos de desarrollar. El modo de escolarización moderno, formal y más popularmente extendido, ha promovido la quietud desde sus inicios. Lo que en las últimas décadas aparece en primera plana (por su preponderancia y, al mismo tiempo, debido a su promoción mediática), es que en una intersección con salud, esta quietud puede ser (pide ser) regulada médicamente. Para ello, la demanda y el testimonio de los docentes⁶⁴ se transforman en elementos centrales para diagnosticar y medicar a niños y jóvenes, renovando una modalidad de tratamiento y división de las vidas. Quizás estas políticas públicas, desatendiendo a lo propio de las infancias más a una problematización acerca de las prácticas pedagógicas y su sentido, no estén más que espejando un síntoma.

Trayectorias escolares singulares como posibilidad de lo común

De acuerdo a nuestro desarrollo, la nueva modalidad de tratamiento de parte de la escuela común hacia los niños, hacia las diferencias, parece caracterizarse en gran medida por la necesidad de poner nombres que encuadren lo singular, en una nosología diagnóstica, y que por lo tanto, prevea la posibilidad de un tratamiento médico, farmacológico, psicoterapéutico, reeducativo u otro, otorgado por especialistas del área de

⁶⁴ El Conners Teachers Rating Scale (Escala de Conners para docentes), que data del año 1969, es uno de los instrumentos más utilizados para arribar a dicho diagnóstico (junto con la escala para padres, muy similar). La escala primera constaba de 39 ítems que medían hiperactividad, trastornos de la conducta, labilidad emocional, ansiedad, sociabilidad, y dificultades del sueño. La misma ha dado lugar a revisiones y variaciones como Conners & Blouin (1980), Loney & Milich (1982), Farré y Narbona (1997), aunque sosteniendo los rasgos centrales. Hay gran cantidad de información sobre las escalas en Scandar (2003: 138-142)

salud o, si la familia no pudiera acceder a ello, por los equipos de Escuelas Especiales. Lo que subrayábamos además, es que en esta situación, lo que suele no ocurrir es una problematización acerca de la oferta escolar o una mirada compleja de la situación. A ello refería la supervisora consultada:

Por lo general todo alumno/a que fracasa en la escuela, su fracaso le es atribuible a sus condiciones particulares o a sus vínculos familiares, sin revisar la complejidad implicada que ha promovido ese fracaso. Por lo tanto *ese alumno es “merecedor” y, más aún si es demasiado inquieto, revoltoso..., de ser “evaluado” por la escuela especial más cercana.*

Sin embargo, esto se contrapone en gran medida con la Resolución del Consejo Federal de Educación N° 174, de junio de 2012, en la que se reconoce que (p. 2):

Los rasgos institucionales, pedagógicos y didácticos que caracterizan la propuesta escolar tienen fuerte incidencia en las trayectorias escolares reales de los alumnos:

3. Sin desconocer la incidencia que las condiciones socio-económicas de las familias, el nivel educativo alcanzado por los padres y otros factores extraescolares, tienen sobre la escolaridad en los últimos años, las investigaciones también vinculan fuertemente las dificultades en las trayectorias escolares de los estudiantes con las propias lógicas de escolarización y con las condiciones concretas de enseñanza y aprendizaje.

4. De este modo, **se vuelve prioritario proponer y construir distintas formas de escolarización que permitan superar prácticas y saberes que esperan lo mismo, de la misma manera y al mismo tiempo, de todas y todos los estudiantes**⁶⁵. Parte de las dificultades en la trayectoria escolar se vinculan con la existencia de formas rígidas de organización que responden a un modelo escolar homogeneizador. Este modelo escolar dificulta el trabajo con la heterogeneidad, excluye educativamente a muchos estudiantes y devalúa la propuesta escolar para el conjunto.

Este documento prevé asimismo la posibilidad de generar alternativas dentro de la estructura escolar, que habiliten la singularidad de los procesos de apropiación de los

⁶⁵ La negrita es nuestra.

aprendizajes, asegurando que las trayectorias sean continuas y completas. En dicho sentido se proponen proyectos de reingreso, abordaje de la repitencia, flexibilización de agrupamientos, unidad pedagógica entre primer y segundo grado, promoción acompañada.

La misma resolución también menciona la articulación entre niveles de educación obligatorios, así como pautas reguladoras para la Modalidad de Educación Especial y Hospitalaria domiciliaria, tales como edad de ingreso y movilidad entre modalidades.

Pero, ¿qué está sucediendo entonces con los alumnos que son derivados para una evaluación externa?, ¿de qué enferman las prácticas pedagógicas cuando enferman a los otros?, ¿se puede construir lo común cuando se continúa expulsando y patologizando las diferencias? He aquí preguntas que nos hemos hecho en otros apartados, porque pareciera que estamos girando en redondo.

Cerrando para abrir. Resignificando intersecciones y ensayando otras posibles para borrar el por siempre jamás. Políticas que sostengan el continuará....

Llegados a este punto, es momento de retomar las idas y vueltas que hemos dado, las conexiones trazadas, las hilaciones tendidas, las preguntas reiteradas, los nexos encontrados.

Como hemos desarrollado, las intersecciones entre educación y salud, o viceversa, existen y generan unos efectos a pensar. Lo mismo, sin olvidar que hemos circunscripto nuestro análisis a tres modalidades, de acuerdo al modo en que las hemos nombrado y desde una posición diacrónica.

Hemos referido a intersecciones, aunque quizás también podríamos haber hablado de políticas intersectoriales, o de coordinación. Nuestra preocupación y lo que hemos intentado compartir es que, en las situaciones analizadas, cuando el discurso médico-de salud (muy difíciles de escindir o distinguir entre sí) entra a jugar en la escena escolar, lo que sucede es que, lejos de generarse situaciones de atención integral, ocurre que la oferta se condiciona, especializa, especifica o adapta.

Las intersecciones a su vez, se dieron de un modo subsidiario al principio (de educación respecto a salud), discursivo siempre, y subsidiario al modo inverso actualmente: pareciera que algunos niños no pueden aprender si no reciben cierto tratamiento, cierta medicación, si no tienen determinado acompañamiento o si no hay certeza acerca de qué tienen, cómo se llama lo que les pasa, en qué parte del cuerpo está la causa y cómo se cura o se trata. Quizás debamos pensarlo al revés: pareciera que algunos adultos no pueden (¿podemos?) enseñar, estar con ellos, si no es bajo tales condiciones.

Observamos que tanto el discurso acerca de salud como el pedagógico-escolar, comparten, en su historia, diferentes modos de identificación, separación y tratamiento de las diferencias, encarnadas en cuerpos. Diferencias tipificadas, estudiadas y aisladas para el mejor control.

En diferentes tiempos y espacios ciertos cuerpos –y no otros– fueron sospechados de anomalía y juzgados y condenados sin más. Nadie los esperaba y al tenerlos de frente no hubo más que la acostumbrada tensión de lo normal: Tensión entre dos aguas, entre lo que está vivo y no debería haber

nacido, entre lo que ha nacido y debería haber muerto. En estas circunstancias es fácil, pues, entender que no hay un lugar social esperándolos. Terminan ocupando un no-lugar, exiliados en dicho umbral. A menudo la muerte y la eliminación se personifican en la misma gestación. Son objetos, que no sujetos, marcados por la muerte. (Balaguer, 2004 en Skliar, 2015: 172).

Entonces, las tres modalidades sobre las que trabajamos, o algunos rasgos de ellas, ¿podrían configurar un no-lugar, un lugar por fuera de lo común?, ¿podrían las tres, pero como si fuesen una sola, deshojándose, ser este hueco social para algunos? Las tres, aún con grandes edificios, muchas personas, elocuentes discursos cargados de benevolencia y altruismo, ¿podrían esconder u ocultar allí un mismo y fallido intento por sostener el uno, la norma, y borrar cualquier desvío, lo nunca deseado ni esperado?

Pero lejos estamos de caer en un pesimismo devastador, porque volviendo a la consideración acerca de Educación, creemos firmemente en que educar es una figura del amor, que se dirige a todos y a cada uno, sin dejar a nadie a-parte o sin parte; que se ofrece para que todos participen de la herencia, de lo que el mundo y la historia, los hombres, dejan detrás de sí y entre sí (y adelante y a los costados, también), de lo que merece ser distribuido. Porque cuando lo familiar, lo científicamente avalado, lo contextual, lo virtual... pueden distorsionar, recortar o filtrar todo lo que hay para ver y para ser, es la educación la que puede introducir una diferencia, una posibilidad de alternativa a lo ya dado, ya dicho, ya hecho. Unos posibles que vinculen con la vida, porque a la finitud y la mortalidad, todos estamos inexorablemente ligados.

Entonces, no proponemos desaparecer ni dar por tierra todo lo hecho, sino pensar en que quizás sea posible hacer lugar a nuevas institucionalidades dentro de las mismas instituciones, porque:

En un mundo que se ha vuelto sordo, que habla una lengua extranjera para uso exclusivamente interno de la administración, hoy nos es preciso crear, a la vez para los niños y nosotros mismos, un espacio de esperanza. Sin lo cual, los “*muertos vivientes*” en que algunos de ellos se han convertido no se atreverán jamás a dar el paso y arriesgarse a vivir. Permitirles correr el riesgo de sostener un deseo como vivientes: tal es la problemática que afrontamos. (Mannoni, 1996:79)

En un mundo en el que prima la idea de éxito, lo rápido y lo indoloro, que a su vez se va tiñendo de incoloro, es preciso dar por tierra las profecías de fracaso que muchas veces se enuncian en forma de etiquetas o diagnósticos, porque la fragilidad de la vida, de las vidas, no cabe allí. Es preciso dar por tierra los vaticinios que dicen por siempre jamás, y dejar paso a la esperanza, decía Mannoni; a un mundo compartido, Cornú; a la posibilidad de continuará, nosotros.

Seguramente, como postula Nuria Pérez de Lara (2009), existen niños y niñas que con su sola forma de estar en el mundo hacen tambalear todas las certezas pedagógicas. Y justamente, quizás se trate de avanzar sin ellas, renunciando a lo seguro y conocido. Renuncias que anulan la calma del control. Pero sabiendo que:

Sin duda hay renunciias ineludibles: la ilusión de concebirse sin el otro, la pretensión de controlar los efectos y la de buscar explicaciones que sólo nos dejan más impotentes, renunciar implica decidir. En este caso, decidir transitar un camino ético cotidiano que aminore las tentaciones de capturar lo múltiple y nos disponga a pensarnos y actuar de otro modo. (Duschatzky, 2009:211)

¿Y cómo transformar no-lugares o espacios sospechados de no-lugares en otros que puedan anidar y alojar la subjetividad, las diferencias, lo múltiple, aquello que nos es extranjero? Quizás una punta importante a tener en cuenta es el modo de entrar y salir de allí.

En los capítulos anteriores, hemos puesto de relieve que la entrada y la salida son aspectos centrales en el funcionamiento de las modalidades abordadas. Y que lo mismo está fuertemente regulado por unos nombres, que no son el nombre propio del sujeto, sino de otra cosa que se les impone. Esto, recordando que:

Somos, primero, porque hemos sido convocados, nombrados, deseados, inscritos en una historia anterior que no nos pertenece pero de la cual nos hallamos formando parte. Somos el resultado del ejercicio poético de ser nombrados. (Bárcena, 2012: 23)

En la Modalidad de Educación Especial, los ingresos son por diagnósticos médicos, o aproximaciones diagnósticas realizadas por los equipos de las escuelas especiales; en la Modalidad Hospitalaria Domiciliaria, el ingreso está restringido a aquellos que tengan un

diagnóstico de una enfermedad que afecte al organismo, no a la mente; y en la renovada modalidad de tratamiento que hace la escuela común frente a las infancias, quizás esté más encubierto, pero lo que sucede es un egreso momentáneo, salir para ser evaluado y un reingreso condicionado, porque ese viene acoplado a un diagnóstico y, a veces, con agregados: acompañantes dentro del aula, medicamentos, u otras prescripciones. En un contexto de políticas que promueven el cuidado de las trayectorias escolares y el diseño de alternativas dentro del sistema escolar, que contemplan la construcción de configuraciones de apoyo singulares, ¿por qué sostener todo lo anterior? Además, en general, todo diagnóstico viene de la mano de un pronóstico, de una generalización sobre, como ya lo hemos dicho, posibles e imposibles. O al menos, tiende a las anticipaciones. Lo que corre el riesgo de quedar allí de lado es la posibilidad de la novedad que debemos confiar a todos y a cada uno de los recién llegados (Cornú, 1999), siendo al mismo tiempo, un gesto de hospitalidad con los otros.

¿Pero qué resta entonces?, si los efectos de las intersecciones entre educación y salud no han ofrecido gestos de cuidado, ¿debemos cerrar la educación a la salud?, ¿rigidizar las fronteras entre un área de decisión estatal y otro?, ¿aislar unas políticas públicas de las otras?, ¿O será momento de conversar sobre lo que las intersecciones han producido hasta el momento? Quizás la visibilización promueva algún movimiento. Lejos de creer que ello podría operar mágicamente, pero confiando en que es un importante punto de partida. Porque sentimos necesario, ético y vital, ceder al impulso de hablar por “quienes se muestran en el mundo como una voz al borde de la palabra” (Bárcena, 2012:14).

En una conferencia acerca de Ética, Educación y Salud⁶⁶, Cornú refería al acompañamiento y los verbos de cuidar y curar, to care y to cure en inglés, aludiendo a las raíces en común y lo que prácticas de educación y de salud comparten. Respecto a ello, Dussel (2006:6), también señala que “*No es casual que cuidado y cura tengan la misma raíz etimológica en latín, y que la cura médica denote a la vez la ‘preocupación’ y el ‘celo ansioso’ y ‘cuidado’ (Kristeva, 2005: 394)*”.

⁶⁶ “Acompañamiento: noción que hace a la trama entre ética, salud y educación”, a cargo de la Dra. Laurence Cornú. 15 de octubre de 2015. Auditorio “Rodolfo Walsh”. Universidad Nacional de Entre Ríos. Secretaría de Investigación y Posgrado.

Entonces, quizás se trata de hacer el esfuerzo por pensar, tanto la educación como la salud, como una experiencia de cuidado⁶⁷, de sí y del otro, partiendo de un reconocimiento ético de lo frágil, de lo vulnerable, “lo que deviene otro como accidente” (Bárcena, 2012:22), y atendiendo cuidadosamente a una advertencia:

Somos normópatas seducidos por la norma que nos excluye. No resulta fácil saber, con total exactitud, a quién se está cuidando en casos de una relación instalada en una extrema fragilidad: ¿se cuida a un «caso»? ¿a un «prototipo»? ¿a un enfermo, a un paciente pasivo?, ¿se cuida a una persona? La respuesta, en todo caso, no sería decir: se cuida algo indeterminado (quid), sino a alguien que tiene un nombre, una historia, una experiencia, una vivencia singular como enfermo (aliquis).

Dussel (2006) también nos advierte en un sentido similar, sobre el riesgo de que la asimetría entre el cuidador y el cuidado, pueda devenir en el borramiento de una relación respetuosa entre sujetos, basándose en cierta compasión o desprecio, que sólo lleve a perpetuar esa forma de desigualdad. No es “Yo te voy a cuidar”, como tampoco es “Yo te voy a enseñar” (Frigerio, 2006:140), fórmulas arrogantes que sólo buscan confirmar la propia potencia y la impotencia del otro. Y podríamos seguir, “*yo te voy a incluir*”, “*yo te voy a sanar, tratar, curar...*”.

Sin embargo, atendiendo lo anterior:

Creemos que un punto importante para organizar otras formas de cuidado pasa, en primer lugar, por reconocernos como necesitados de cuidado, y como dadores de cuidado. Quizás en la cadena de dependencias mutuas pueda articularse una relación más igualitaria con los otros: te necesito y me necesitas, y en esa mutua protección es que puede funcionar una sociedad humana. Es éste, también, un punto en el que todos somos semejantes, todos somos iguales, y todos somos diferentes. (Dussel, 2006:9)

Quizás aquí se encuentren algunas pistas para comenzar a tejer nuevas intersecciones: en una renovada búsqueda por lo común, por prácticas de cuidado mutuo, que no hieran ni debiliten la transmisión para ninguno.

⁶⁷ Vale aclarar que sobre la noción de cuidado hay otros trabajos publicados y no es nuestra intención hacer un estudio centrado en la misma, ya que no es el tema al que nos abocamos.

En el capítulo de las consideraciones, en el apartado en el que nos interrogábamos sobre el sentido de las palabras, resaltábamos de la cita de Frigerio G. y Diker, G. (2010:7-8), la “preocupación sostenida acerca de lo que lo humano necesita para seguir siendo: *algo más y otra cosa que engendrar carne*” y ya en ese punto, nos parecía advertir una resignificación de las intersecciones que habilita nuevos sentidos para pensar las políticas públicas en educación y salud, resistiendo y oponiéndonos “*al orden clasificador de las vidas, a la producción de fronteras (de políticas) que se propongan distribuir lo que hay sobre la base de vidas dañadas, de las vidas mutiladas*” (Frigerio, 2008:238).

Dejando más preguntas que respuestas, es que justamente, cerramos para abrir, sabiendo que otros ya pasaron por aquí y confiando en que habrá quienes las retomen. Porque muchas voces pueblan estas páginas, que harán que seguramente, muchas veces se reinventen y vuelvan a escribir.

Levantar el papel donde escribimos
y revisar mejor debajo.

Levantar cada palabra que encontramos
y examinar mejor debajo.

Levantar cada hombre
y observar mejor debajo.

Levantar a la muerte
y escudriñar mejor debajo.

Y si miramos bien
siempre hallaremos otra huella.

No servirá para poner el pie
ni para aposentar el pensamiento
pero ella nos probará
que alguien más ha pasado por aquí.

Roberto Juarroz

BIBLIOGRAFIA

- Abramowski, A. "Un amor bien regulado": los afectos magisteriales en la educación. En Frigerio G., Diker G. Comps. (2006). *Educación: figuras y efectos del amor*. Buenos Aires, Argentina: Del Estante
- Acosta, F. (2012). *Educación, enseñar, escolarizar: el problema de la especificación en el devenir de la Pedagogía (y la transmisión)*. *Tendencias pedagógicas*, (20), 93-105.
- Agustina Beguy, María de los Ángeles Cerini, Albana Petrabissi, Cristina Zulueta, Vanesa Irache, Paula Horn y Rosa Silver (2015). "Niños atrapados entre trastornos y diagnósticos" – FORUM INFANCIAS. Disponible en: <http://foruminfancias.com.ar/ninosatrapados/>.
- Barbagelata, N. (2008). Lo que inquieta al corazón (recordando a Freud). En Frigerio, Graciela y Diker, Gabriela (comps.), *Educación: posiciones acerca de lo común*. Buenos Aires: Del Estante, 293-308.
- Barbero, F. L. (2013). *Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente*. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Educacion/article/view/287082/375331>
- Barcala, A., Torricelli, F., Zunino, P. Á., & Marotta, J. (2009). Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario. *Vertex*, 20(86), 282-92. Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex86.pdf#page=43>
- Bárcena, F. (2012). Aprender la fragilidad. *Meditación filosófica sobre una excepción existencial*. *childhood & philosophy*, 8(15), 11-31.
- Benasayag, L. (2007). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad*. Noveduc Libros.
- Bettelheim, B. (2001). *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo*. Paidós.
- Brito, R. M. (1990). *Introducción al análisis institucional*. UAM. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/6-74-966vuj.pdf
- Caballero Soto, S. (2014). AULA HOSPITALARIA EL AULA HOSPITALARIA UN CAMINO A LA EDUCACIÓN INCLUSIVA. *Investigación Educativa*, 11(19), 153-

164. Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/3625>
- Canguilhem, G. (1986). Lo normal y lo patológico. Siglo XXI.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 38. Disponible en:
<http://ojs.econ.uba.ar/ojs/index.php/REPBA/article/view/785/1431>
- Cordié, A. (1994), Los retrasados no existen: psicoanálisis de niños con fracaso escolar, Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Cornu, L. (1999). La confianza en las relaciones pedagógicas. En Frigerio, G.; Poggi, M. y Korinfeld, D. (comps.), *Construyendo un saber sobre el interior de la escuela*, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas.
- Cornu, L. (2008). Lugares y formas de lo común. En Frigerio, G. y Diker, G. (Comps.), *Educación: posiciones acerca de lo común*, Buenos Aires: Del Estante, 133-145.
- Curtolo, L. (2014). VIII Congreso Argentino de Salud Mental. Cuerpo y Subjetividad. Buenos Aires 26, 27 y 28 de agosto de 2014. AASM. Comunicación libre. “La escuela primaria frente a un nuevo desafío: Trastornos mentales graves en niños”.
- Deligny, F. *Diario de un Educador* (1966). Facilitado gentilmente en formato digital por Skliar, C.
- Diker, G. (2008). ¿Cómo se establece qué es lo común? Frigerio, G. y Diker, G. (comps.). *Educación: posiciones acerca de lo común*, Buenos Aires: Del Estante, 147-170.
- Dueñas, G. (2013). Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 31-54. Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v3n2/v3n2a03.pdf>
- Dueñas, G. Paradojas de las escuelas inclusivas1. *SALUD MENTAL Y COMUNIDAD*, 85. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf#page=85>
- Duschatzky, S., & Skliar, C. (2000). La diversidad bajo sospecha. Reflexiones sobre los discursos de la diversidad y sus implicancias educativas en *Cuaderno de pedagogía*, Rosario, 4(7). Disponible en:

<http://www.porlainclusionmercosur.educ.ar/documentos/Ladiversidadbajosospecha.pdf>

- Dussel, I. (2006). Del amor y la pedagogía. Notas sobre las dificultades de un vínculo. En Graciela Frigerio & Gabriela Diker (comps.). *Educación: figuras y efectos del amor*. Buenos Aires: Del Estante Editorial.
- Fernández, A. (2002) *La inteligencia atrapada*. 1°ed., 13° reimp. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fernández, A. (2007) *Los idiomas del aprendiente*. 1°ed., 3° reimp. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fernández, L. (1995). *Instituciones educativas*. Paidós.
- Filidoro, N. (2008). La relación entre discapacidad y problemas en el aprendizaje no tiene carácter de necesidad. *Discapacidad Hoy en Actualidad Psicológica*, 33(362).
- Foucault, M. (1980). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1983). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. 2da ed. Argentina revisada. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico* (Vol. 245). Ediciones AKAL.
- Foucault, M., & Marchetti, V. (2001). *Los anormales* (Vol. 217). Ediciones Akal.
- Frigerio G. & Diker G. (2006). *Educación: figuras y efectos del amor*. Buenos Aires, Argentina: Del Estante
- Frigerio, G. (2006), *Acerca de lo inenseñable*, en Carlos Skliar & Graciela Frigerio, *Huellas de Derrida. Ensayos pedagógicos no solicitados*, Buenos Aires: Del Estante Editorial.
- Frigerio, G. (2006). Las inteligencias son iguales. Ensayo sobre los usos y efectos de la noción de inteligencia en la educación. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 27(2). Disponible en: <http://tumbi.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-2005-2/contrapunto2.pdf>
- Frigerio, G. (2008) *Obstinaciones duraderas*. En Frigerio, G. y Diker, G. (Comps.) *Educación: posiciones acerca de lo común*. Buenos Aires, Argentina: Del Estante.
- Frigerio, G. (2010). *Educación: saberes alterados*. Buenos Aires, Argentina: Del Estante.

- Frigerio, G., Poggi, M., & Gianonni, M. (2000). Políticas, instituciones y actores en educación. Noveduc Libros.
- Galende, E. (1991). Psicoanálisis y salud mental. Paidós.
- García Álvarez, A. (2010). El derecho a la educación en las escuelas y aulas hospitalarias: hacia una mejora de la calidad educativa. Derecho y Ciencias Sociales. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/15257>
- García Álvarez, A. (2012) Tesis doctoral: Escuelas Hospitalarias en España, Suecia y Argentina: evolución y situación contemporánea de las instituciones comprometidas con la educación del niño y adolescente en situación de enfermedad. Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación, Facultad de Formación de Profesorado y Educación, Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/9114>
- González, F. M. Análisis institucional y socioanálisis. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/6-87-1105mgx.pdf
- Gonzalez, G. (2007) Mannoni. Revista Los Quienes, año 3, número 2. http://www.fundacionmannoni.org/losquienes_3.html
- Guillén, M., Cumplido, M. G., & Asensio, Á. M. (2002). Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias: atención escolar a niños enfermos (Vol. 162). Narcea Ediciones.
- Janin, B. (2007). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/handle/123456789/57>
- Janin, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 3(2), 55-79. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v3n2/v3n2a04.pdf>
- Janin, B., Frizzera, O., Heuser C., Rojas, M., Tallis, J., Untoiglich, G. (2004). Niños Desatentos e Hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Buenos Aires: Noveduc.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact (pp. 217-250). publisher not identified. Disponible en: http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf
- Kantor, D. (2008). Variaciones para educar adolescentes y jóvenes. Del Estante.

- Levin, E (2003): El síndrome disatencional como espejo de la modernidad. Tomás angustiado, en Discapacidad. Clínica y educación, Buenos Aires, Nueva Visión, cap. 3, pág. 62-65
- Levin, E. (2004) “¿A qué están atentos los niños dis-atentos?”, Revista El Cisne N° 169, Buenos Aires, septiembre.
- Lizasoáin, O. (2005). Hacia un modo conjunto de entender la Pedagogía Hospitalaria. Ponencia Primera Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela. Disponible en: http://pedagogiahospitalaria.net/jornadas/2007/ponencias/Dra_Olga_Lizasoain.pdf
- Lus, M. (1995). De la integración escolar a la escuela integradora. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mannoni, M. (1996). *¿Qué ha sido de nuestros niños “locos”?* Las palabras tienen peso. Están vivas. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Mannoni, M. (2002). Un saber que no se sabe. Ira, edición en EconoBook. Barcelona, España: Gedisa
- Mannoni, M. (2004). El psiquiatra, su " loco" y el psicoanálisis. Siglo XXI. Disponible en web.
- Mannoni, M. (2005). La educación imposible. Siglo XXI. Disponible en web.
- Mannoni, M. (2014). El niño retardado y su madre. 1°ed., 12° reimp. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Nancy, J. L. (2010). 58 indicios sobre el cuerpo. Extensión del alma. La Cebra.
- Neufeld, M., & Thisted, J. (comps.) “*De eso no se habla...*” *Los usos de la diversidad sociocultural en la escuela.* Buenos aires, Argentina: Eudeba.
- Osorio, A. R. (2000). Del significado de la educación a los retos de la educación permanente. In A educación en perspectiva: homenaxe ó profesor Lisardo Doval Salgado (pp. 271-286). Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. Disponible en web.
- Paín, Sara (1984). La génesis del inconsciente. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Pennac, D. (2012). Mal de escuela. Literatura Random House. Material aportado por la Maestría.

- Perazza, R., & Terigi, F. (2010). Segregación urbana e inclusión educativa de las poblaciones vulnerabilizadas en seis ciudades de América Latina. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*. Disponible en: http://cades.com.ar/Segregacion_urbana_e_inclusion_educativa.pdf
- Pérez de Lara, N. (2009). Escuchar al otro dentro de sí. En Skliar y Larrosa (comps.), (2009). *Experiencia y alteridad en educación*. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens ediciones.
- Pérez de Lara, N. (2009). *La capacidad de ser sujeto. Más allá de las técnicas en Educación Especial*. 1° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Laertes.
- Perez, A. V. (2014). *Educación especial y alteridad: en busca de lo común*. Tesis de doctorado. En *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 8(1), 153-169. Disponible en: http://cades.com.ar/Segregacion_urbana_e_inclusion_educativa.pdf
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2011. *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed.* Buenos Aires. Disponible en web.
- Puiggrós, A. (1990). *Sujetos, disciplina y curriculum: en los orígenes del sistema educativo argentino (Vol. 1)*. Editorial Galerna.
- Rancière, J. (2003), *El maestro ignorante. Cinco lecciones de emancipación intelectual*, Barcelona, España: Laertes.
- Rattero, C. (2009). *La pedagogía por inventar*. En Skliar y Larrosa (comps.), (2009). *Experiencia y alteridad en educación*. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens ediciones.
- Requena, M. L. (2015). *La escolarización hospitalaria como práctica de cuidado de los padecimientos de niños “gravemente enfermos”*. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, (17). Disponible en: <http://publicaciones sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1387>
- Rodolfo, M. P. de, (2006) *El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia*. Conferencia en SPS, Buenos Aires, Noviembre de 2006. Disponible en: http://malestaresenlainfancia.com/infancia/images/biblioteca/patologizacion_diferencia.pdf

- Rosbaco, I. (2000). El desnutrido escolar: Dificultades de aprendizaje en los niños de contextos de pobreza urbana. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens.
- Rosendo, E. (2014). Análisis comparativo de la legislación argentina en salud mental. Anuario de Investigación USAL, (1). Disponible en: <http://p3.usal.edu.ar/index.php/anuarioinvestigacion/article/view/2438>
- Salessi, J. Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina (Buenos Aires: 1871-1914). Rosario. 1995. Beatriz Viterbo editora.
- Scandar, R. O. (2000). El Niño Que No Podía Dejar de Portarse Mal. Distal.
- Skliar y Larrosa (comps.), (2009). Experiencia y alteridad en educación. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens ediciones.
- Skliar, C. (2005). Juzgar la normalidad, no la anormalidad.: Políticas y falta de políticas en relación a las diferencias en educación. Disponible en web.
- Skliar, C. (2007) La educación (que) es del otro. Argumentos y desierto de argumentos pedagógicos, Buenos Aires, Argentina: Novedades Educativas.
- Skliar, C. (2008). Entre lo común y lo especial, la (pretenciosa) pretensión de la diversidad. Frigerio, Graciela y Diker, Gabriela (comps.), Educar: posiciones acerca de lo común. Buenos Aires: Del Estante, 223-234.
- Skliar, C. (2015) Desobedecer el lenguaje (alteridad, lectura y escritura). Miño y Dávila editores.
- Skliar, C. B., & Bárcena, F. (2015). Pensar y sentir las diferencias. Cartas entre la amistad, la incomodidad y el sinsentido. Revista Teias, 16(40), 6-27.
- Terigi, F. (2008). Lo mismo no es lo común. La escuela común, el curriculum único, el aula estándar y otros esfuerzos análogos por instituir lo común. En Graciela Frigerio y Gabriela Diker (comps.), Educar: posiciones acerca de lo común, Buenos Aires, Del Estante. 209-222.
- Terigi, F. (2009). El fracaso escolar desde la perspectiva psicoeducativa: hacia una reconceptualización situacional. En Revista iberoamericana de educación, (50), 23-39. Disponible en: <http://rieoei.org/rie50a01.pdf>
- Untoiglich, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

- Vasen, J. (2007). La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Vasen, J., (2010) Una epidemia de nombres impropios. Buenos Aires, Noveduc.
- Verdera, V. V., Sánchez, J. E., & López, R. G. (2012). Educación para el cuidado: Hacia una nueva pedagogía.
- Vizer, A. E. (2008). Socioanálisis: metodología de investigación, análisis diagnóstico e intervención social en instituciones y comunidades. Question, 1. Disponible en: <http://revista-redes.hospedagemdesites.ws/index.php/revista-redes/article/view/66>