

El Modelo sicomédico: un legado de la medicina y la psicología para la Educación Especial. La construcción de un discurso hegemónico en 1921

María del Carmen Gutiérrez Garduño

Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México, ISCEEM

Introducción

El objetivo de la investigación es discutir la construcción de un modelo en torno a lo anormal. La metodología en la que se sustenta el trabajo es la historia social, mediante ella, será posible identificar a los especialistas, los discapacitados y las autoridades educativas, así como las formas culturales y las influencias que se ejercieron entre los demás, sobre todo, desde su posición de grupos sociales marginados. Para ello, la investigación retoma los discursos, elaborados por los médicos, en donde implícita y explícitamente se elaboró una concepción en torno a la representación de la discapacidad. Es decir, se creó un modelo que estableció una relación entre el saber y el poder que más tarde influyó en lo educativo.

Para ello, el trabajo revisa la *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño en 1921* para dar respuesta a tres preguntas que guían el presente trabajo. ¿De qué manera se enfrentó la anormalidad por la psicología y la medicina? ¿Qué ideas en torno a lo anormal estuvieron en el congreso infantil? ¿De qué modo influyeron las ideas en los proyectos educativos mexicanos para pensar la anormalidad? A fin de rescatar las representaciones sociales que se elaboraron y difundieron como producto y síntesis de prácticas educativas que, en último término, significaban la exclusión de los individuos que presentaban distintas formas de discapacidad, en especial de aquellos que presentaban retraso escolar, lo que llevaría a la conformación de un sistema educativo paralelo, es decir, la Educación Especial.

La construcción del avance, parte de la *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño en 1921*, por lo que el evento, fue una forma de expresar un modelo sobre la concepción de la anormalidad.

La construcción de la anormalidad

La Educación Especial en nuestro país puede situarse en el siglo XIX, con la creación de la escuela para ciegos y la escuela para sordos, situadas en la ciudad de México, dependientes de la administración federal. Las entidades federativas hicieron pocos esfuerzos por atender a estos sectores y no fue sino hasta mediados del siglo XX cuando se diseñaron políticas e instituciones específicamente para otros sectores de discapacitados y con necesidades educativas especiales. Así, gran parte de la responsabilidad se delegó a los maestros de las escuelas primarias para su atención y enseñanza, quienes enfrentaban una situación sumamente desfavorable por su poco conocimiento acerca de la anormalidad y la discapacidad, lo cual generó que los docentes adoptaran las clasificaciones y definiciones genéricas de anormal, atípicos o discapacitados. Estas representaciones se elaboraron y difundieron como producto y síntesis de prácticas educativas y sociales que, en último término, significaban la exclusión de los individuos que mostraban distintas formas de discapacidad, en especial de aquellos que presentaban retraso escolar, lo que llevaría a la conformación de un sistema educativo paralelo, la Educación Especial. Es decir, el enfrentarse a una concepción sobre la representación de la discapacidad.

El término anormal, se empezó a utilizar en 1877, para hacer una diferencia entre los normales, de los otros, es decir, los idiotas, imbeciles, tarados, retrasados, ciegos, cojos, bizzcos, mancos, e incluso, zurdos, que en síntesis se definieron como retrasados mentales, un término que incluyó, tanto a los que padecían trastornos físicos como psicológicos. Más tarde fue reemplazado por el término discapacidad, para enunciar alguna dificultad, es decir, una deficiencia¹ física o psicológica. Por lo cual, la discapacidad, según (Acle 2006) estuvo más centrada en la idea de la deficiencia personal, que en cierto modo, sigue siendo concebida como un problema de origen orgánico que debió de ser tratado clínicamente².

La idea sobre el déficit se continuó manteniendo, constituyéndose en una forma para enunciar lo diferente, el “otro el que se distingue, el que se aleja de lo normal”, convirtiéndolo en distinto. El nosotros, que se refiere a los no discapacitados, los cuales nos constituimos en la “medida” para establecer si el otro es diferente. La diferencia es la dis-

1. La deficiencia, alude a conceptos meramente clínicos, en concreto a la pérdida de determinadas funciones físicas, psíquicas o sensoriales, que varían con respecto a lo que la medicina considera como la “normalidad” de un cuerpo sano, por lo tanto, son elementos objetivos que pueden ser medidos.

2. La discapacidad se refiere a las limitaciones personales que implican una desventaja sustancial para funcionar en la sociedad, desventaja que debe ser considerada a la luz del contexto ambiental, los factores personales y la necesidad de apoyos individualizados, de esta forma existe una restricción o ausencia de ciertas capacidades, necesarias para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para ser un humano para desempeñar las actividades en la vida cotidiana. Mientras que la minusvalía refiere a las dificultades de una persona con deficiencia para desempeñar los roles asignados socialmente para un individuo de su edad, género, etc., Por ello, la minusvalía es intersubjetiva, es decir, socialmente construida.

tancia de lo ajeno, como una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas, para determinar el retraso, la diferencia, lo raro, lo anormal en lo funcional o en alguna parte de su cuerpo. Por lo que, la diferencia rememora la noción matemática de la resta, de aquello que le falta al otro, podríamos decir que es la distancia entre la normalidad y la anormalidad.

La anormalidad, entonces, fue sustentada por la convergencia de diversas disciplinas científicas, entre las cuales destacaron la medicina y la psicología. En este campo concurren tradiciones, prácticas, discursos y lenguajes disciplinarios que conllevaron a la producción y difusión de los saberes que demandaban la creación de un órgano especializado de divulgación en el cual se dieran a conocer sus investigaciones y sus hallazgos, el cual fuera lo suficientemente atractivo para provocar el interés de un público profesional y especializado.

Las normas y el ejercicio del poder. La construcción de un modelo

La construcción de un modelo social sobre la discapacidad empezó a emerger durante las primeras décadas del siglo XX, un debate que inició con la definición de los términos “normal” y anormal”, de cómo se debió entender, y sobre qué tipo de acciones se debieron adjudicar a la discapacidad.

La elaboración del discurso, estuvo a cargo de dos grupos sociales, los médicos y los psicólogos, quienes a partir de su formación y conocimientos impusieron sus propios valores, expectativas y creencias sobre lo que se debió entender como discapacidad. Sus ideas se codificaron en normas, las cuales aspiraban a una aceptación. En consecuencia, la conformación de la “anormalidad” dio como resultado la creación de normas sociales y la medición de los individuos que de acuerdo con ellas representaron un acto de evaluación.

La concepción de lo anormal, conllevó también la atención y tratamiento de los mismos, por medio de opciones determinadas por el grupo social que los definió, situación que algunos han determinado como tratamientos punitivos, al tratar de imponer una rehabilitación o mejora. Así por ejemplo, en una sociedad donde se valoró la habilidad física, el tener una discapacidad, implicó una desventaja inmediata.

Hemos de subrayar que el Primer Congreso Mexicano del Niño 1921³,pude enunciarse como un evento que marcó el inicio del periodo de la institucionalización de la Educación Especial, en el cual, no nos estamos refiriendo a un espacio temporal, sino más bien, a la forma de concebir la atención educativa de los anormales, a los comportamientos y actitudes desarrolladas en función de un tipo de sociedad, en este caso la mexicana, dentro de la cual se circunscribieron las concepciones y tendencias de la educación de una nación. Por lo que el evento, fue una forma de expresar un modelo sobre la

3. El congreso contó con la participación de 86 ponentes, de ellos 51 eran médicos, 16 profesores, 9 licenciados y uno sin especificar, también estuvo la participación femenina, contando con 2 médicas, 1 profesora, 1 licenciada y 5 sin especificar su profesión. Las participaciones estuvieron distribuidas en las siguientes secciones: Eugenesia, Pediatría Médica, Pediatría Quirúrgica, Enseñanza, Legislación Infantil y Servicio Médico Escolar.

concepción de la anormalidad. La cual se fundamentó en un conocimiento teórico, que se constituyeron en la imagen social al definir las características físicas y comportamientos que se adjudicaron a los anormales, de tal forma, que se fue configurando, de manera progresiva, cada una de las deficiencias. En muchos casos hubo un trato oculto y ambiguo, que fue cambiando progresivamente a medida que se clarificaron las actitudes sociales y se conocieron mejor cómo ser tratadas.

Las dos disciplinas científicas implicadas en la formulación del discurso fueron la medicina y la psicología. De la primera se retomó las posiciones de la biología, derivadas de explicaciones como la herencia, y otras, en las que se observa un claro optimismo con respecto a las posibilidades ambientales y sociales que podrían transformar los aspectos biológicos. Por tal motivo, se observó que las deficiencias, se constituyeron en inferioridades como causa explicativa, pero que pudieron ser evidentes y observables.

El extraño carácter de la mirada médica es presa de una reciprocidad indefinida: se dirige a lo que hay de visible en una enfermedad, pero a partir del enfermo que oculta este visible, al mostrarlo; por consiguiente, deber reconocer para conocer, pero retener el conocimiento que apoyará su reconocimiento. Y esa mirada, al progresar, retrocede ya que no va hasta la verdad de la enfermedad sino dejándola ganar sobre ella y concluir, en sus fenómenos, su naturaleza (Foucault, 1995, 25).

Al mirarse los signos y síntomas, pretexto y objeto de estudio de la práctica médica, se fue constituyendo un campo de investigación, que dejó una huella imposible de borrar. Con ello, se legitimó y se posicionó el intersticio de la distinción, de la diferencia, lo normal en contraposición con lo anormal. Tal composición fue evidente en ámbitos como los asilos, hospitales y las escuelas, justo a partir de los procesos escolares de reclutamiento de la población afectada.

La psicología, participó en este proceso de definición de lo anormal en el naciente campo de la Educación Especial a partir de pruebas, test, observaciones, etc., que se combinan y se suman a los diagnósticos realizados con antelación, para demostrar y ratificar las deficiencias que lo hicieron admisible. Tanto la medicina como la psicología tuvieron en sí mismas efectos de poder y valores demostrativos para los expertos, que en la medida de quien lo pronunció, adquirieron un valor de cientificidad, o mejor dicho, un status. Ambos discursos conjugaron modelos y procedimientos que guiaron y configuraron la práctica de la Educación Especial. Ambos trataron de enunciar la patología a partir de datos cuantificables y medibles, de ahí la utilización de instrumentos como los test, cuestionarios y pruebas psicológicas, que tuvieron como fin, el construir una serie de representaciones en torno a lo anormal, a partir de las patologías o déficits de la normalidad. Finalmente, con ello, el conocimiento aplicado y teóricamente elaborado produjo, el conocimiento práctico de la Educación Especial.

A partir de ahí, la atención de los anormales se organizó según principios determinados por los médicos. En cierta medida fueron ellos, “los que intervinieron en la configuración de las ideas sobre la minusvalidez de muchas personas discapacitadas”. En ese orden el punto de vista médico creó una forma determinada de visión de los sujetos anormales y como consecuencia, tuvo influencia en la creación de instituciones y en la gestión de las mismas, donde estuvo implicada tanto la psicología y como la medicina.

Factores influyentes para la construcción de la anormalidad

Mientras las cosas funcionan, los anormales no se consideran problema. Sólo cuando la sociedad se hace más compleja, como consecuencia del crecimiento, es cuando van apareciendo dificultades para la convivencia y es entonces, cuando se buscan instituciones para su atención y aislamiento. Los primeros centros de institucionalización especializada de las personas anormales surgen, cuando la sociedad toma conciencia de la necesidad de atender a este tipo de personas, aunque tal atención se conciba en un principio, más con carácter asistencial que educativo. Para ello, se constituyeron centros en las afueras de las poblaciones, argumentando que el campo les proporciona una vida más sana y alegre. De esta manera se tranquilizaban las conciencias colectivas, al proporcionar cuidado y asistencia a estas personas; quedaba protegida la sociedad y ésta no tenía que soportar el contacto con aquellos, es decir, los anormales.

A fin de proteger a la sociedad, facilitar y mejorar la educación de los niños normales y subvenir a las necesidades de los anormales, es urgente aislar, los segundos de los primeros, previa organización de grupos homogéneos, de acuerdo con sus caracteres físicos y psíquicos (*Memoria* 1921, 20).

En otras palabras, el argumento enunciado por un grupo de médicos, se constituyó en elemento de demostración, para justificar el aislamiento. Era un discurso que poseía por quien lo enunciaba un status, pero que, bien podría ser calificado de grotesco, por el simple hecho de calificar a un sujeto que a veces no tiene la capacidad de definirse, ya sea por su persona, realidad física, ropa, gesto, cuerpo, sexualidad, lenguaje, etc., pero que otros concretan con evidencias para ratificar lo enunciado, en este caso la anormalidad.

Bajo este tenor, se asignaron palabras para designar al anormal y conjuntamente, una serie de tradiciones, prácticas, discursos y lenguajes disciplinarios con el fin de definirlos. La idea de anormalidad predominante en el Congreso Mexicano del Niño, según la opinión del médico Alberto Lozano Garza, fue:

“Desgraciadamente para los anormales, este vocablo se emplea muy a menudo, en los días que corren, para designar de modo exclusivo a individuos totalmente desheredados por la naturaleza en sus facultades psíquicas. Y como todo el mundo sabe ya las pocas esperanzas que ofrecen estos últimos seres, de obtener la capacidad necesaria para llevar “una vida saludable, dichosa y moralmente digna”; apenas se oye aquella denominación, el desaliento invade todos los espíritus. Debe llamarse “Niño anormal”, sencillamente, al que no puede o no ha podido seguir de manera regular los cursos en la escuela ordinaria, por adolecer de deficiencia física o psíquica” (Lozano, 1921, 267 – 269).

La idea de anormalidad del médico Lozano Garza, se expresó en un discurso formulado por una persona calificada y dentro de una institución científica, pero además con un grupo de colegas. Las ideas que sobre la temática se estaban elaborando, constituyen un parámetro para medir, clasificar, atender o tratar a los individuos, pero también para dar nombre a la propia diferencia. De ahí que la representación de la diferencia implicó una actitud de discriminatoria se tradujo en aislamiento y restricciones sociales. Esto fue uno de los engranajes que determinó las valoraciones o descalificaciones que se hicieron en torno a la anormalidad. Por consiguiente, ser anormal, supuso experimentar la discriminación, la vulnerabilidad hacia las diferentes acepciones y definiciones que se conformaban, pues sin lugar a dudas, en cada una de ellas, se fue construyendo una diferencia en relación a un parámetro que se había representado como normal, y otro, que se pre-

sentó como anormal. A juicio de (Barton, 2008, 252) “...las explicaciones profesionales, reforzaron el déficit, aquéllas que en última instancia consideró menos humanos a quienes caen en su ámbito de explicación”.

El fenómeno de la institucionalización⁴ forma parte de una realidad compleja, no sólo para determinar los criterios utilizados en clasificar la anormalidad, sino también, para determinar los elementos que empezaron a configurar un modelo concreto de atención, para “la tarea de aliviar las desgracias de los anormales”. Así el médico Alberto Lozano Garza, en el mismo congreso clasificó a los anormales en los siguientes grupos: Los falsos anormales⁵ los anormales físicos⁶ y los anormales psíquicos⁷. Según el médico la clasificación, no iba sola, sino que llevaba consigo varios defectos, por ejemplo, un ciego, podía ser sordo, es decir, se podían conjuntar varias deficiencias en un solo individuo, por lo que lo hacía más difícil atender. A su vez, su colega, Rafael Santamarina, citado

4. Será a finales del siglo XIX, cuando comienzan a desarrollarse los estudios sobre la deficiencia. Junto con ella se empezaron a crear las instituciones específicas, pues hasta ese momento los niños anormales eran encerrados en sus casas o bien, los juntaban el margen de sus deficiencias, en un mismo lugar donde estaban los deficientes mentales, como “sordos-mudos, ciegos, epilépticos, dementes, vagabundos y delincuentes”. No sólo estaban todos mezclados, sino que el tratamiento que recibieron desde la perspectiva educativa estaba arropado por una serie de actitudes, un tanto contradictorias y llenas de ambigüedad: temor-miedo y protección-compasión. Esta mezcla de “protección” y de rechazo social rodeaba la constante ambivalencia el comportamiento de quienes intervinieron como responsables de su atención, en donde estuvo implicada tanto la familia como la sociedad.

5. Son los niños cuyos desarrollos físicos y psíquicos no difieren del alcanzado por la generalidad de los niños de su misma edad, pero que por otras razones, (falta de asistencia, enseñanza defectuosa, principalmente) no han llegado al grado escolar que les pertenece. En realidad se trata de niños a quienes no les han ofrecido la oportunidad de colocarse en el grado que les corresponde, por lo que también llevan los nombres de *anormales simples*, *anormales pedagógicos*, *retardados simples*, *retardados normales o atrasados*.

6. Los *anormales de oído*, son los niños completamente sordos (sordo y a veces mudos), o sin serlo, se ven afectados de disminución de la agudeza auditiva, a tal grado, que no pueden aprovechar las explicaciones orales del maestro de la escuela ordinaria, *anormales de vista*, niños ciegos, o que sin serlo, están afectados de la agudeza visual, que no pueden utilizar el material escolar de los planteles ordinarios (libros, pizarrones, cuadros murales, etc.). Los *anormales de palabra*, comprenden a aquellos cuya locución es tan defectuosa, que aparte de dar origen al menosprecio y a las burlas de sus compañeros, necesitan atenciones y tiempo especiales. Los *lisiados*, niños con inválidos de uno o varios miembros, o con deformaciones muy ostensibles. Los *anormales nerviosos*, niños atrasados principalmente de neurosis de sintomatología incompatible con la presencia de los anormales (epilepsia, histeria, etc.) Los *anormales cardiacos*, niños portadores de diferentes lesiones del aparato circulatorio, para quienes los programas ordinarios resultan nocivos, *anormales anémicos*, niños con alteraciones cuantitativas y cualitativas de la sangre, con debilidad general más o menos señalada y con defectos de nutrición, *los tuberculosos*, niños que sufren de múltiples determinaciones del bacilo de Koch (adenitis crónicas, osteopatías, y artropatías, tuberculosis cutánea o pulmonar, etc.).

7. Dentro de los cuales se incluyen: los *idiotas*, que son niños que padecen alteraciones de las facultades intelectuales y afectivas, según Pinel, eternos miserables psíquicos, que en palabras de Esquirol, son los vegetativos del doctor Bourneville. Su desarrollo mental no excede jamás al que han logrado los niños normales de tres años de edad. Los *imbéciles*, niños cuyo desarrollo mental es rudimentario, nunca mayor del que corresponde a los normales de siete años de edad, ni menor que el alcanzan los de tres años. *Los débiles mentales*, son niños con desarrollo poco avanzado de las facultades psíquicas, nunca superior al que corresponde a los normales de doce años de edad, ni inferior al que poseen los de siete años. *Los anormales morales, amorales o imbéciles morales*, son niños irrespetuosos, indisciplinados, con tendencia a la crueldad y al delito. Su desarrollo mental ha sufrido muy ligera suspensión.

por (Santos, 200, 841)⁸ los clasificó de la siguiente manera: anormales psíquicos⁹ y anormales verdaderos¹⁰. Cada clasificación constituyó un constructo social que reflejó la interacción de las diferentes referencias sociales y teóricas que existieron en ese tiempo. Entonces, el debate ha girado alrededor de la identificación de las discapacidades. De hecho, también podemos ver el paralelismo entre el trabajo de los científicos básicos¹¹ y los científicos que lo aplican, que son los profesionales en ejercicio. Se supone que los médicos, operaron sus clasificaciones a partir de los conocimientos recibidos, es decir, de un conocimiento que cada uno de ellos acepta, y que procede de los conocimientos teóricos o científicos de otros colegas. El punto clave a considerar aquí es qué tanto el que genera el conocimiento¹² (Escolano, 1985, 29–30) como el que lo aplica, se encuentran in-

8. Fue uno de los fundadores de la psicometría en nuestro país. Nació en la ciudad de México en 1884. Se graduó como cirujano. Trabajó en el Hospital de Jesús y en el Instituto Patológico Nacional, también como antropómetra auxiliar en la Cárcel General, en el Manicomio General de La Castañeda. Fue catedrático de la Universidad Autónoma de México donde impartió clases de psiquiatría. Su trabajo docente inició en 1908 y culminó en 1963 cuando se jubiló. En 1924 realizó la clasificación de alumnos en algunas escuelas primarias, mediante el estudio de adaptación de pruebas de inteligencia, una adaptación provisional de la escala de Binet Simon.

9. Este grupo está conformado por imbeciles profundos, medios, morales y superficiales. Los *imbeciles profundos*, son un grado más alto que los idiotas, comprenden y ejecutan órdenes verbales, pueden desempeñar un comisión sencilla, señalan sus ojos, nariz o boca, son como niños de tres años, capaces de proveer a sus necesidades más elementales; los *imbeciles medios* conocen los objetos más usuales, pueden tener algún cuidado con su persona, son capaces de comparar dos líneas y hacer la copia de un cuadro. Los *idiotas superficiales*, aprenden pequeños oficios o hacen tareas fáciles, pueden ser aprovechados para faenas domésticas, en trabajos sencillos de campo, su lugar serían las granjas y talleres anexos a los manicomios en donde serían educados por médicos y enfermeras vigilantes. Los *imbeciles morales o amorales*, son las perversos, cuyos instintos altruistas son opacados por los egoístas, que son antisociales, más que ineducables; inadaptables, impulsivos, pequeños delincuentes más o menos responsables, estos casos pueden ser tratados para modificar su forma de ser, principalmente en las escuelas correccionales. Los *imbeciles superficiales*, son susceptibles de una educación más completa, sus facultades llegan a las que tiene un niño de cinco años, su distinción de los imbeciles mentales es casi por matrices, pues este grupo está formado por los niños cuyo desarrollo intelectual queda más o menos estacionario y no pasa del desarrollo que tiene la inteligencia de los niños normales de cinco a nueve años, forman la masa de niños que, sin causa aparente van quedando siempre atrás de sus clases, y son una rémora para sus compañeros, conservan siempre un atraso en relación a los demás compañeros.

10. Por causa física o somática, como por ejemplo los niños lisiados, los que tienen defectos físicos, los convalecientes, etc., que en síntesis, necesitan según su estado, escuelas, hospitales o escuelas al aire libre, en donde reciban una educación propia a su resistencia física. También dentro de este grupo se encuentran aquellos que tienen perturbaciones en los órganos de los sentidos, profundos o graves, los ciegos y los sordomudos. Aquí también entran los que tienen perturbaciones de lenguaje, especialmente las dislalias y disfonías, los vicios de refacción y las disminuciones de las agudezas visual y auditiva.

11. En este caso la psicología y la medicina.

12. Se retoman los autores de Pinel, Esquirol y Binet a partir de lo que se ellos refieren en sus escritos. *Philipe Pinel* (1745 - 1826) considerado el padre de la psiquiatría francesa. El término manía era sinónimo de locura y es a partir de las distinciones hechas con los aportes de Pinel que se inició el tratamiento moral para el trabajo con los enfermos mentales. En 1798 escribió *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, entre muchos otros más. Pinel definió a la demencia como un de los cuatro estados que puede adoptar la enfermedad mental, siendo los otros la manía, la melancolía y el idiotismo, y la define como la abolición del pensamiento. *Jean Etienne Esquirol* (1772-1840) Hizo diferencia al retraso mental y la demencia, basándose en el carácter adquirido de la última. Que bien pudo ser adquirida a partir de que un hombre era privado de los bienes de los que disfrutaba antes, es decir, un rico que se ha vuelto pobre.

mersos y con una lente que les permite tener visiones, e ideologías que son adoptadas por quienes asumen la importancia de la experiencia subjetiva de los individuos en el proceso de construir sus mundos sociales.

El resultado más allá de los criterios de clasificación, nos permite adentrarnos a un terreno subjetivo, el cuál consiste en resaltar los factores que configuraron el tratamiento de las personas con discapacidad y cómo estos elementos influyen en la creación de las instituciones.

La institucionalización de la Educación Especial

Los procesos de exclusión, en gran medida, han sido resultado de políticas educativas que favorecieron a cierto tipo de población infantil concebida como “normal”. Esto ha conllevado a replantear no sólo las bases de lo que genéricamente se ha definido como la escuela y la Educación Especial, sino también, las bases mismas de los sistemas educativos. Dentro de nuestro país, la Educación Especial, empezó a ser atendida hasta 1925, con la creación del Departamento de Psicopedagogía e Higiene, cuyo propósito fue generar conocimientos acerca de la población preescolar urbana, así como algunas normas para evaluar el desarrollo físico y mental de los niños. El médico Lauro Aguirre, como organizador y, el médico Solís Quiroga como jefe del área, dividieron el departamento en las siguientes secciones, según lo plantea (Sánchez, 2003, 205):

- Previsión social¹³
- Orientación profesional y¹⁴
- Escuelas especiales¹⁵.

Las tres secciones se fueron fortaleciendo, hasta dar origen, de manera eventual a la Dirección General de Educación Especial. Más tarde surgió, el Departamento de Peda-

Binet, Alfred (1857-1911). Nació en Niza, luego pasó a París donde continuó su formación. Fundó la revista *Année Psychologique*. Sus primeros trabajos estuvieron orientados a la psicopatología. Pero la mayor originalidad de su contribución estuvo en la aplicación de procedimientos propios de la psicología experimental al estudio de las funciones psíquicas superiores. Pretendió construir una psicología de la inteligencia, apoyado en el método de la introspección experimental, a fin de comprender las variaciones de los procesos intelectuales de los distintos individuos e identificar “tipos intelectuales” gracias a los cuales se pudiera perfeccionar la psicología individual, basado en sus dos hijas Magdalena (Margarita) y Alicia (Armanda) y en escolares de bachillerato. Más tarde, se unió a trabajar con Théodore Simon. Su aporte más importante fue la escala métrica para la medición intelectual de los adultos, inaugurándose así la psicometría.

13. El área de previsión social estuvo dedicada a la investigación de las causas de retardo en los escolares para generar el remedio y las bases para el mejoramiento social de los niños.

14. La Orientación profesional, se ocupó del análisis de las profesiones y oficios, de tal suerte que los currículos y las descripciones ocupacionales tuvieran ciertas congruencias.

15. Las escuelas especiales, estuvieron incorporadas a la SEP, se consideraban una exigencia y fueron resultado del conocimiento de aptitudes de los escolares, seleccionando a los anormales físicos y mentales para ser atendidos en escuelas especiales. La justificación de estas escuelas estuvo en la importancia de que los niños recibieran educación acorde con sus necesidades y adaptada a sus aptitudes. Además, se previeron colonias de vacaciones para niños lisiados y se vigiló su instrucción para obtener un oficio, sobre todo para ciegos y sordos.

gogía e Higiene, el cual estuvo formado por seis secciones: psicopedagogía, higiene escolar, estadística, prevención social, escuelas especiales y cultura física. Las nuevas instituciones, dependencias y oficinas, no implicaron que el predominio del modelo médico dirigido al campo de la Educación Especial continuará, por tanto, médicos se transformaron en los médicos escolares, realizando tareas y estudios psicopedagógicos, a fin de obtener resultados sobre los alumnos, así como para solicitar y desarrollar programas pedagógicos y organización de algunas tareas escolares.

El papel que ha jugado la Educación Especial en la intensificación de la capacidad administrativa del estado, es decir, de aquellas agencias e individuos que actúan en la esfera pública y que poseen una autoridad obligatoria sobre otros, se constituyeron en los primeros esfuerzos realizados en México para atender a los discapacitados. Las iniciativas fueron impulsadas por un grupo reducido de médicos, a principios del siglo XX, quienes trataron de crear nuevas estructuras institucionales para afrontar los cambios que acompañaron. Así, la creación de las clases especiales ofrecieron una estrategia burocrática que permitió al sistema escolar urbano, ajustar su funcionamiento ante la presencia de niños anormales, principalmente para tratar de revolver los problemas planteados por la presencia de niños discapacitados y otros de bajo rendimiento en las aulas de las escuelas de la ciudad, dado que su presencia, interferiría en el progreso de los otros niños. Por ello, se buscó que la atención a los alumnos “lentos y retrasados” se quedara más allá de la jornada escolar, dedicando a ellos un tiempo adicional para que terminaran su trabajo. El problema, entonces, fue trasladado a los profesores, quienes tuvieron que enfrentar el problema para atender a los retrasados, a los deficientes y discapacitados.

Según lo expresó Lozano Garza, el hecho tan vulgar de que algunos educandos no progresan regularmente, tiene poca trascendencia, pero dedicando más atención al asunto, ha podido advertirse:

1. Que tales niños constituyen verdaderos cuerpos extraños en las clases, unas veces indiferentes a las enseñanzas del maestro y en ocasiones contrarios a la conservación del orden y de la moral,
2. Que sintiendo su incapacidad para competir con camaradas evidentemente superiores, abandonan la escuela muy pronto, por considerarla un ambiente incómodo e inadecuado para sus necesidades, y
3. Que la mayoría de ellos, tarde o temprano van a engrosar las filas de la mendicidad, de la prostitución, del vicio y del crimen. La suerte que espera, pues, a los niños que se retardan, es incompatible con los ideales pedagógicos para sí y para la colectividad en que habrá de vivir (Lozano, 1921, 267-269).

Siguiendo al médico Lozano Garza, la diferencia y falta de una atención de la niñez anormal contribuyeron a marginar a los niños y niñas con discapacidades, involucrando a familiares, comunidades científicas y profesores, quienes fueron conformando una representación en torno al por qué los niños y las niñas anormales tuvieron que ser segregados, marginados y rechazados de la escuela regular y justificar la necesidad de un sistema paralelo que se materializaría en la Educación Especial.

El rechazo, entonces, estuvo relacionado con lo que socialmente se estableció por medio de trato diferenciado y desventajoso, con pocas o nulas posibilidades de integración.

Por lo que el débil o anormal fue un inadaptado escolar, que en definitiva fue un fracasado. Dejar de atenderlos, hubiera sido un conflicto, pues la sociedad no podía desinteresarse de ellos. Con todo, cada vez parecían ser más numerosos debido a las exigencias escolares, profesionales y sociales que eran cada vez más duras.

En síntesis

La construcción de la discapacidad ha estado permeada por una serie de definiciones en donde aparecen elementos que pueden entenderse como un modo de construcción de la anormalidad, es decir, el sujeto que es diferente a los demás, ya que demuestra alguna dificultad, deficiencia física o psicológica. Una forma de explicación a partir de un modelo médico y psicológico sobre la anormalidad, la cual, perneó por un buen tiempo al constituirse en un discurso dominante para su explicación. En cierto modo, la discapacidad sigue siendo concebida esencialmente un problema de origen orgánico que debe ser tratado clínicamente.

En consecuencia, los supuestos sobre lo anormal fueron considerados como deudores de la colectividad y, por tanto estuvo sometido a su tutela “benefactora”, creando instituciones, que responden a las necesidades de los anormales, pero desde una valoración de minusvaloración que perdura hasta nuestros días. Por eso para producirse una nueva posición, será necesario no sólo un cambio semántico en cuanto a la terminología con que se les describe, sino sobre todo, los criterios desde los que se analizan los parámetros de “normalidad-anormalidad”.

Fuentes

Bibliotecas y Centros de Documentación

BN. Biblioteca Nacional.

BJLM-I Mora. Biblioteca José María Luis Mora, del Instituto Mora.

Referencias

- Acle T., G. (2006). *Educación Especial. Investigación práctica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Plaza y Valdez.
- Barry, F. (1996). *Interpretación de la discapacidad. Teoría e historia de la Educación Especial*. Barcelona: Ediciones Pomares.
- Barton, L. (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Barton, L. (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid, España: Morata.
- Escolano Benito, Agustín (coord.) (1985) *Diccionario de Ciencias de la Educación. Historia de la Educación II. La Educación Contemporánea*. Madrid: Anaya.
- Foucault, M. (1995). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Guerrero López, J. F. y Pérez, R. (2004). *La pizarra mágica: Una visión diferente de la historia de la educación*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Lozano G., A. (1921). Algunas palabras a favor de los niños anormales. En: *Memoria del Primer Congreso del Niño*. México: Editorial El Universal.
- Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño*. (1921) México: Editorial El Universal.
- Sánchez E., P. (2003). Educación Especial en México (1990-2001). En: *Aprendizaje y Desarrollo. La investigación Educativa en México 1992-2002*. México: Consejo Mexicano de Investigación Educativa.
- Santamarina, R. (1921). Ensayo de clasificación médico-pedagógica de los niños en edad escolar. En *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño*. México: El Universal.
- Santos C., M. G. Elementos históricos sobre la educación especial en México 1910-1935. En Dávila, P. y Naya, L. *La infancia en la historia: espacios y representaciones. Tomo I*. España: Espacio Universitarios Erein.