

Las Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE)

1

ESQUEMA/CONTENIDOS

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. EVOLUCIÓN DE CONCEPTOS Y DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**
 - 2.1. El concepto de Discapacidad y su evolución
 - 2.1.1. Modelos sobre Discapacidad
 - 2.1.2. Conceptos y clasificaciones relacionados con la Discapacidad
 - 2.2. La Discapacidad en la escuela: La evolución de la Educación Especial
 - 2.3. Del modelo clínico al de necesidades educativas especiales
 - 2.4. Normativa específica en relación con la educación
 - 2.5. El concepto de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo
 - 2.6. Principios de guía ética, de calidad y de trato en NEAE
- 3. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS DISPONIBLES**
 - 3.1. Medidas generales de intervención educativa
 - 3.1.1. Prevención primaria
 - 3.1.2. El tipo de escolarización
 - 3.1.3. Medidas curriculares y de acceso
 - 3.1.4. Programas para el desarrollo de capacidades y habilidades
 - 3.2. Recursos personales y materiales para atender a los alumnos con NEAE
 - 3.3. Pautas generales para la intervención con alumnado con NEAE
 - 3.4. Situación de la atención al alumnado con NEAE
- 4. NUEVOS PLANTEAMIENTOS EN EDUCACIÓN QUE AFECTAN AL ALUMNADO CON NEAE**
 - 4.1. La Educación Inclusiva
 - 4.2. Las Comunidades de Aprendizaje
 - 4.3. El trabajo por proyectos y grupos

OBJETIVOS

- Conocer y valorar cómo han ido evolucionando los conceptos y los planteamientos en torno al alumnado con NEAE.
 - Conocer y valorar los distintos tipos de recursos y medidas destinadas a la intervención con el alumnado con NEAE y su adecuada utilización.
 - Conocer y valorar algunos de los nuevos planteamientos existentes en educación que afectan al alumnado con NEAE.
-

1. INTRODUCCIÓN

La educación recibida es de enorme importancia para todas las personas, pero en el caso de las personas con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) todavía puede serlo más, pues les condicionará en mayor medida su desarrollo y la posibilidad de acceder en el futuro a vías de participación y normalización social. De este modo, la educación puede constituir uno de los pilares para favorecer su autonomía y base para la inclusión social.

Para lo anterior, la educación no puede ser entendida como la mera asistencia a un centro escolar. Muy al contrario, la educación ha de consistir en favorecer el pleno desarrollo de la persona, tenga o no NEAE. Con ello se persigue preparar a la persona para enfrentarse a las exigencias de la vida diaria y de la sociedad. Así pues, la actividad educativa ha de procurar ajustarse a las características del alumnado, proporcionándole las medidas y recursos que necesita, en el lugar y momento adecuados y, además, eliminar las barreras (físicas, comunicativas, sociales, etc.) que pueda encontrarse.

Por otro lado, la educación no solo tiene funciones a nivel personal sino que también desempeña una función social, como por ejemplo es el adaptar al individuo a la sociedad, la formación cívica de los ciudadanos o asegurar la continuidad de la sociedad. En dicha línea, se considera que la escuela debe ser un lugar privilegiado para combatir las actitudes discriminatorias, crear comunidades de acogida y, en definitiva, construir una sociedad inclusiva. Sin embargo, nos encontramos con una serie de problemas al respecto, entre los que destacamos dos de ellos. En primer lugar, la persistencia de las etiquetas, tanto sobre los alumnos con NEAE como sobre los centros de “integración”. Estas etiquetas puede resultar que sean interiorizadas por las personas y que conlleven problemas de autoestima. Con ello no estamos abogando por la eliminación de la utilización de los necesarios términos diagnósticos, pero sí por la cautela en su uso por parte de personas no profesionalmente formadas para ello. En segundo

lugar, que en muchos casos las medidas de integración no suelen ser reales, ya que se puede producir una desvinculación del alumno con respecto a sus compañeros de clase o con el resto del centro. Lo realmente importante no es si los alumnos con NEAE están físicamente integrados, sino su situación real, su participación en la comunidad educativa y en qué medida se les reconoce, acepta y valora.

Todo lo anterior ha ocasionado que incluso en algunas ocasiones se llegue a cuestionar si la educación, pese a sus buenas intenciones y planteamientos, está realmente al servicio de la integración y la inclusión o, por el contrario, sirve como mecanismo para excluir a determinados sectores de la población.

2. EVOLUCIÓN DE CONCEPTOS Y DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

2.1. El concepto de Discapacidad y su evolución

Con el transcurso del tiempo las sociedades han adoptado distintos términos para hacer referencia a aquellas personas con algún tipo de limitación funcional o que se alejaban de lo considerado como “normal”. Esto, a su vez, se ha asociado a distintas formas de explicar y dar respuesta a las situaciones de dichas personas. Se puede decir que las distintas sociedades han establecido líneas a partir de las cuales se etiqueta a las personas que no tienen la capacidad para hacer algo y que dicha aplicación de una etiqueta conlleva unas consecuencias que la propia sociedad decide y asume. Por su parte, las personas etiquetadas han cargado con dicha etiqueta, a modo de tarjeta de presentación que habla por ellos ante los demás.

Sin embargo, aunque eso ha sido lo más habitual, hemos de tener en cuenta que se trata sólo de un planteamiento, entre otros posibles. En este apartado se abordarán los principales planteamientos teóricos en torno a la discapacidad y se tratará de explicar el concepto de discapacidad y las distintas clasificaciones existentes al respecto. Todo ello nos permitirá establecer unas bases que resultarán fundamentales para enmarcar la temática y servir como punto de partida.

2.1.1. Modelos sobre Discapacidad

A continuación abordaremos los principales planteamientos desarrollados por la sociedad para explicar la discapacidad y que, consiguientemente, han variado tanto la forma de entenderla como las respuestas ofrecidas a este colectivo de personas, especialmente a nivel político y social. Así, la situación actual en torno a la discapacidad es el resultado de dicha evolución y, en especial, de los planteamientos aportados y de las críticas recibidas por parte de los distintos modelos propuestos.

Modelo tradicional

El modelo tradicional hace referencia a la diversidad de creencias, experiencias prácticas y conocimientos acumulados en las distintas culturas en torno a la discapacidad. Dentro de este modelo se pueden situar las siguientes actitudes y conductas sociales.

- La persecución. En algunos momentos de la historia se consideraba que la discapacidad tenía un origen demoníaco o que era inconveniente el criar niños con discapacidad. Así, en la Antigua Grecia se creía que su nacimiento era el resultado de un pecado cometido por los padres y, en Roma, se consideraba como una advertencia de que la alianza con los dioses estaba rota. Griegos, atenienses y espartanos abandonaban a niños con discapacidad en las laderas de las colinas para que murieran por inanición o en manos de animales. Sin embargo, esto no era generalizable, pues también es cierto que en algunas culturas eran bien acogidos. Así, por ejemplo, en la Olmeca, a orillas del Golfo de México, se asociaba la “rareza” a cualidades místicas.
- La marginación y el desprecio. En otras ocasiones se consideró que las personas con discapacidad no contribuían a la comunidad, que eran una carga para su familia, que sus vidas no valía la pena que fueran vividas o que era mejor para ellos (o bien para la propia sociedad) que vivieran en lugares distintos al resto de personas. En cualquiera de estos casos eran tratados como objeto de caridad y dependencia, y la principal respuesta que recibían por parte de la sociedad era la exclusión.
- La caridad y los planteamientos paternalistas. Este tipo de planteamientos se produjeron especialmente en momentos posteriores a las guerras, cuando la sociedad consideraba tener una obligación con el elevado número de mutilados, dando lugar al establecimiento de pensiones, medidas de rehabilitación médica, empleos protegidos y cuotas laborales.

La ideología eugenésica

Partiendo del darwinismo social se generó el enfoque eugenésico, el cual pretendía la mejora de la calidad genética de la especie humana mediante la selección reproductiva. Este planteamiento tuvo diversos resultados en el tratamiento social hacia la discapacidad que no se alejan en el tiempo tanto como pudiéramos imaginar. Así, desde principios del siglo xx hasta aproximadamente finales de la Segunda Guerra Mundial diversos países adoptaron medidas encaminadas a la regulación inmigratoria y a la esterilización obligatoria de “*débiles mentales*” o con “*taras hereditarias*”. Por ejemplo, en Canadá la esterilización de personas con discapacidad mental no fue abolida hasta 1972. El caso extremo se produjo en la Alemania nazi, en donde mediante el denominado programa T-4 se exterminó, desde 1939 a 1941, a aproximadamente 100.000 personas con discapacidad y se esterilizaron otras 375.000.

En la actualidad se trata de un planteamiento claramente superado pero que, sin embargo, no por ello deberíamos olvidar.

Modelo médico

El modelo médico plantea la discapacidad desde la dicotomía salud-enfermedad, asociando la discapacidad con la enfermedad. Se considera que las enfermedades y los accidentes pueden alterar el normal funcionamiento en las personas y, por tanto, impedirles desarrollar una vida normal. Ante este hecho y, dadas las limitaciones médicas para resolver o prevenir el problema, se plantea una intervención caracterizada por la necesidad de realizar adaptaciones en la persona con discapacidad, las cuales le permitan dar respuesta a las exigencias de la vida en sociedad.

Como resultado positivo de todo ello se puede destacar el planteamiento de diversas taxonomías sobre las discapacidades y el desarrollo de distintos tipos de medidas preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y compensatorias ante tales limitaciones. Pero, por otro lado, también dio lugar a la etiquetación de la persona con discapacidad como “desviada” de lo normal y, por tanto, sometida a necesaria “reparación”. Como resultado, se hace extensible la discapacidad y sus limitaciones a otras vertientes de la vida de la persona con discapacidad, acentuando y extendiendo lo negativo y el hecho diferencial, y olvidándose tanto de lo que sí puede hacer como del importante papel del entorno.

El modelo médico se centra más en la salud que en la calidad de vida y la participación social de la persona. Por tanto, procura dar respuesta más a los aspectos diferenciales del diagnóstico de su déficit que a otros problemas que comúnmente sufren las personas con discapacidad. De este modo, se refuerza el estereotipo de la persona con discapacidad como persona dependiente que no puede realizar ningún tipo de actividad.

En la actualidad, pese a que teóricamente este modelo está superado, todavía sigue estando en la mente de las personas que la discapacidad es un tema que atañe únicamente a las personas con discapacidad y a las que, por consideración social hacia la situación a la que han llegado, se les puede dar un trato especial.

Modelo social

En oposición al modelo médico, que enfatizaba los aspectos más directamente relacionados con los déficits y las limitaciones de las personas con discapacidad, surgen de forma progresiva movimientos en favor de la vida independiente y de los derechos de estas personas, dando lugar al planteamiento de un modelo social.

Desde este modelo se considera que las personas con discapacidad siempre han sido discriminadas y que sus limitaciones se deben en gran medida a lo inadecuado

del entorno construido (barreras físicas) y del entorno social en cuanto a actitudes, prácticas y estructuras institucionales (por ejemplo, su escasa o nula participación o los estereotipos existentes). Es por ello que la respuesta debe ser más política que científica.

Ante dicho planteamiento surge la exigencia dirigida hacia la sociedad sobre la responsabilidad que ésta tiene con respecto al establecimiento de distintos tipos de medidas que faciliten, no sólo su plena participación en los distintos ámbitos de la vida social, sino también la contribución que estas personas con discapacidad pueden realizar a la sociedad. Es decir, se aporta un doble enfoque en el que se considera a la persona con discapacidad como un beneficiario del desarrollo de la sociedad pero también como agente que contribuye a su desarrollo. Así, frente a la consideración como sujetos pasivos de los modelos anteriores, se pasa a considerar clave su participación activa, estableciendo sus propias necesidades autodefinidas y su lucha por sus derechos civiles. De todo ello se deriva la necesidad de dar respuesta a sus alteraciones mediante distintos tipos de servicios dirigidos a la prevención, al tratamiento y al bienestar; pero también de incidir en el entorno y así, por un lado, eliminar los distintos tipos de obstáculos posibles y favorecer entornos accesibles y, por otro, intervenir a través de distintos tipos de factores del entorno (sociales, económicos y normativos) de forma que se pase de una sociedad excluyente a una sociedad inclusiva.

Dentro de este modelo pueden diferenciarse, a su vez, enfoques distintos como el social radical marxista, el sociopolítico, el de minoría oprimida y el universalista. El primero hace referencia a las personas con discapacidad como “clase oprimida” y a la necesidad de desarrollar una “investigación emancipadora” (Smith, 1999). El enfoque sociopolítico plantea que la alternativa al modelo médico es la respuesta política, pues son las barreras sociales las que más limitan a los individuos con deficiencias (McColl y Bickenbach, 1998) y por ello dicha respuesta es tan importante, sino más, que curar las deficiencias físicas o mentales (Imrie, 1997). El enfoque de minoría oprimida (Abberley, 1987; Oliver, 1990) considera que las personas con discapacidad constituyen un grupo minoritario que es objeto de ciertas actitudes de la sociedad, especialmente el prejuicio y la discriminación. Por su parte, el enfoque universalista (Bickenbach, Chatterji, Badley y Üstün, 1999; Zola, 1989) plantea que la discapacidad es un hecho universal y una característica intrínseca al ser humano, ya que cualquier persona puede recibir dicha etiqueta, pues nadie está capacitado para todas las demandas que continuamente puede recibir de la sociedad y de su entorno. De este modo, el enfoque universalista se opone a la consideración de las personas con discapacidad como una minoría oprimida y considera que existe un continuo entre capacidad y discapacidad en el que no es posible establecer de forma determinante un punto de corte entre ambos términos, y que han de ser los distintos planteamientos políticos, culturales y sociales los que establezcan el lugar en el que situar dicho corte; aunque temporalmente, pues dichas consideraciones siempre serán debatidas y revisables.

El enfoque universalista ha recibido una gran aceptación entre las personas con discapacidad, considerándose la discapacidad como ejemplo de la diversidad humana,

motivo por el cual en ningún caso debe ser utilizada como motivo de exclusión o de consideración de anormalidad. También cobra especial relevancia su confrontación al reduccionismo médico y psicológico y la consideración de la participación de las personas con discapacidad en el establecimiento de su definición (como sujeto activo).

Sin embargo, el enfoque universalista también ha recibido críticas, en especial las referidas a su limitación sobre la consideración de los aspectos sociales y del entorno casi como única causa de la discapacidad y, por tanto, el obviar la innegable importancia que también tienen las causas biológicas y psicológicas. Se puede considerar que ha supuesto el planteamiento de la otra cara de la moneda (Marks, 1997). Otra de las críticas ha sido su planteamiento demasiado apasionado y, en muchos casos, carente de argumentos más racionales.

Modelo bio-psico-social

El modelo de bio-psico-social (también denominado de integración), como su propio nombre indica, es el resultado de integrar el modelo médico y el modelo social y, por tanto, de establecer relaciones entre los conocimientos de tipo biológico, psicológico y social que afectan a la discapacidad.

Este nuevo planteamiento establece la necesidad de considerar de forma complementaria las deficiencias, los aspectos personales y la participación en la sociedad; lo cual acarrea cierta complejidad al tener que integrar medidas dirigidas a las deficiencias y las dificultades y medidas dirigidas a evitar las situaciones de desventaja social. Las primeras procurarán intervenir mediante diferentes profesionales en la rehabilitación física, psíquica o sensorial de la persona. Mientras que las segundas procurarán intervenir en el entorno, mediante medidas encaminadas a evitar la dependencia de la persona ante los demás. Es por ello que el éxito de la intervención vendrá determinado tanto por la recuperación o consecución de destrezas funcionales como por la consecución de autonomía y de participación de la persona en la sociedad. De este modo, la discapacidad es considerada tanto un tema personal como social.

2.1.2. Conceptos y clasificaciones relacionados con la Discapacidad

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la OMS en 1980

En mayo de 1976, la OMS adopta con carácter experimental la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM). En ella se establece la necesidad de superar el modelo médico y de considerar tanto la enfermedad como las consecuencias de ésta en los distintos ámbitos de la vida de la persona. De esta manera se adopta un modelo de integración en el que se diferencian tres niveles de

consecuencias, que son el bio-fisio-psicológico, el personal y el social. Es por este motivo por el que se define el significado y la diferenciación entre los términos: deficiencia, discapacidad y minusvalía (ver Figura 1).

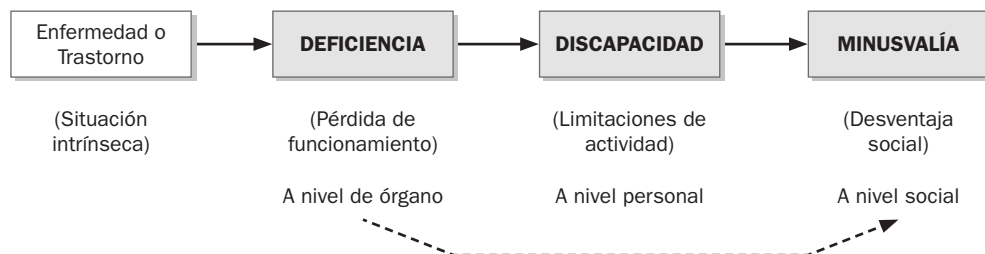


Figura 1. Modelo CIDDM.

Se define *deficiencia* (en la terminología inglesa *impairment*) como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; lo cual puede ser temporal o permanente. Es decir, se utiliza en base a referentes del cuerpo.

Tras este nuevo planteamiento se abandona la tradicional distinción entre discapacidades físicas, sensoriales y psíquicas y se implanta el uso de categorías acordes con la nueva clasificación. Así, en el caso de las deficiencias, los grandes tipos establecidos son: deficiencias intelectuales, otras deficiencias psicológicas, deficiencias del lenguaje, deficiencias del órgano de la audición, deficiencias del órgano de la visión, deficiencias viscerales, deficiencias músculo-esqueléticas, deficiencias desfiguradoras y deficiencias generalizadas, sensitivas y otras.

Por su parte, la *discapacidad* (*disability*) consiste en una restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para cualquier ser humano, que tiene su origen en la deficiencia y que puede producirse de forma temporal o permanente, reversible o irreversible y progresiva o regresiva. Es decir, se utiliza en base a referentes funcionales.

Así, en la persona se dan insuficiencias o excesos en el desempeño y el comportamiento de una actividad rutinaria que se pueden clasificar en referencia no a los órganos afectados y a la naturaleza física, sensorial o intelectual, sino a las áreas de la actividad que pueden verse limitadas, y que son las discapacidades: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.

Finalmente, la *minusvalía* (*handicap*) se define como toda situación de desventaja para la persona, que se origina en una deficiencia o discapacidad y que implica una limitación o impedimento para el desempeño de un determinado rol que en su caso es normal en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. Por lo tanto, la

desventaja surge de la incapacidad para satisfacer las expectativas de dicha persona. Así pues, la minusvalía se utiliza en base a referentes sociales.

Las minusvalías pueden agruparse en función de seis grandes roles de supervivencia, dando lugar a las minusvalías de: orientación, independencia física, movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras minusvalías.

El planteamiento de la distinción entre estos tres niveles/términos supuso un gran avance en el campo de la discapacidad, pasando a utilizarse con mayor cuidado unos términos que hasta entonces eran prácticamente sinónimos. Además, proporcionó una estrategia de intervención que iba desde la prevención (para evitar la aparición de deficiencias) a la rehabilitación (para evitar o reducir en la medida de lo posible la discapacidad) y a la equiparación en oportunidades (para evitar situaciones de desventaja social).

Sin embargo, la CIDDM recibió también importantes críticas. Tal vez la más relevante es que presentaba un planteamiento que carecía de elementos tan importantes como los factores contextuales y que inducía a considerar la existencia de una relación lineal y causal entre los tres términos, de forma que la deficiencia conllevaría unas consecuencias que generan discapacidad y minusvalía. Lo cual no siempre es cierto, pues pueden darse situaciones en las que la deficiencia no cause ni discapacidad ni minusvalía (por ejemplo, una deficiencia digestiva leve); situaciones en las que la deficiencia genere minusvalía pero no discapacidad (por ejemplo, una persona a la que tras un accidente de moto le queda desfigurada la cara y no ve afectada su funcionalidad, es decir sin discapacidad, pero sí su relación social generando una situación de desventaja, es decir de minusvalía); situaciones en las que se presenten limitaciones en una actividad sin que existan deficiencias (por ejemplo, bajo rendimiento físico); que se tenga problemas de participación social originados por determinados problemas de salud, pero sin presentar deficiencia alguna o limitación funcional (por ejemplo, el caso de una persona seropositiva); o, incluso, que una alteración de la salud incremente la propia alteración (por ejemplo, una persona con una enfermedad muscular en quien su propia inactividad muscular agrava la situación).

Otras importantes críticas estaban referidas a su planteamiento negativo (en el sentido de que puede ser más interesante conocer las habilidades que la persona conserva que las que ha perdido o tiene limitadas) y a sus problemas de aplicación y de utilización práctica de sus conceptos.

En la actualidad se consideran desacertados términos como “minusválido”, “inválido” o “incapaz” por dar a entender que las personas con discapacidad son personas de menor valor, sin valor o sin capacidad.

Relacionada con esta clasificación, en 1982 se aprueba el *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*, en el que se desarrollan las medidas relativas a la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades. Se establece en este programa que la *prevención primaria* debe producirse antes de que la deficiencia aparezca, estando encaminada a proteger a poblaciones vulnerables de aquellos factores

que pueden generar enfermedad; siendo las medidas más importantes las destinadas a mejorar sus condiciones económicas y sociales. La *prevención secundaria* se dirige a frenar su desarrollo en los momentos iniciales. Y la *prevención terciaria* se realiza cuando la persona ya tiene la deficiencia y pretende reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del que procede.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS en 2001

Las críticas a la CIDDM, entre las que destacaban las anteriormente expuestas, dejaban patente lo complejo de interpretar las interrelaciones entre los distintos conceptos. Por ello la clasificación fue revisada por la OMS, dando lugar a la CIF, la cual fue publicada en 2001. De forma breve, indicamos a continuación algunos de los cambios más relevantes aportados por la CIF, que son los siguientes (ver Figura 2):

- Permite una mejor interpretación de las interrelaciones entre las dimensiones de la Discapacidad. En dicho sentido, resulta más evidente que la intervención sobre un elemento puede repercutir en los demás y que las interacciones entre elementos son bidireccionales y no siempre previsibles.
- Permite elaborar un perfil de mayor utilidad sobre la persona y sobre la situación real del funcionamiento humano, en el cual “funcionamiento” y “discapacidad” son consecuencia de la interacción entre “condición de salud” y el entorno.
- Se reemplazan los conceptos de *Deficiencia*, *Discapacidad* y *Minusvalía* (en mayúsculas en la Figura 1) por *Funciones y estructuras corporales*, *Actividad y Participación* (en mayúsculas en la Figura 2). La “*Discapacidad*” pasa a ser un término genérico sobre los aspectos negativos de los anteriores conceptos.
- Las dimensiones se plantean con dos polos, uno para aspectos neutrales o positivos de los estados funcionales (funcionamiento) y otro para indicar los problemas en las dimensiones (discapacidad). Del mismo modo se pueden diferenciar entre los aspectos positivos de los factores contextuales (facilitadores) y sus aspectos negativos (barreras/obstáculos).
- La relevancia que se le concede a los factores contextuales.
- Aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente.

Los términos más importantes de la CIF son (ver Figura 2):

- *Funciones corporales*. Hacen referencia a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, como por ejemplo las funciones mentales, las de la voz y el habla o las neuroesqueléticas.
- *Estructuras corporales*. Incluyen las distintas partes anatómicas del cuerpo, como por ejemplo las estructuras del sistema nervioso, las del ojo y el oído, las de la voz y el habla o las del movimiento.