

Atención educativa desde un enfoque inclusivo

1

ESQUEMA/CONTENIDOS

PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

Mapa conceptual del capítulo
Objetivos del capítulo

1. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y SUS TÉRMINOS

- 1.1. Modelo tradicional o de prescindencia
- 1.2. Modelo médico
- 1.3. Modelo social: calidad de vida
 - 1.3.1. Incorporación de la perspectiva teórica de justicia
 - 1.3.2. Incorporación del término «diversidad» en lugar de «discapacidad»
- 1.4. Modelo integrador de ciudadanía compartida: calidad de vida y apoyos

2. DIAGNÓSTICO: DETECCIÓN, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

- 2.1. Detección temprana, sistémica y ecológica
- 2.2. Evaluación multidimensional y continua
- 2.3. Intervención educativa inclusiva
 - 2.3.1. Diseño de un plan individualizado
 - 2.3.2. Principales medidas de intervención educativa

SÍNTESIS FINAL

REFERENCIAS DE AMPLIACIÓN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

PRESENTACIÓN DEL CAPÍTULO

El modelo actual de evaluación e intervención educativa continúa poniendo el foco, principalmente, en aspectos organizativos-curriculares, dejando en un segundo plano la autodeterminación presente y futura y la calidad de vida, elementos primordiales en el desarrollo e inclusión de las personas diversas (Verdugo et al., 2018). Ciertamente, aún queda camino por recorrer para la accesibilidad universal, el diseño para todos, la equidad educativa y la efectiva igualdad de oportunidades generalizada en todas las etapas educativas, especialmente en Educación Infantil y Educación Primaria. Por ello, sigue siendo necesario avanzar en medidas políticas de impulso por parte de las autoridades y de los propios profesionales de la educación.

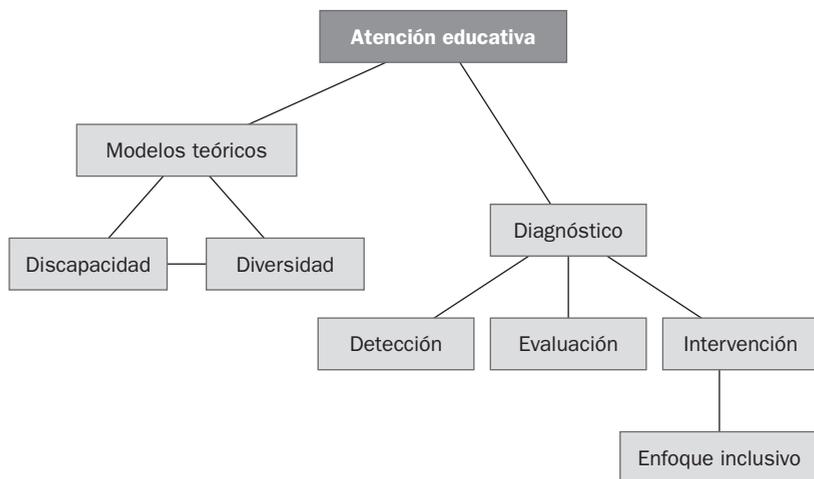
Así las cosas, y a pesar de las dificultades con las que se encuentra el profesorado para dar justa respuesta a todos y cada uno de los estudiantes del aula, es imprescindible que se guíen por el principio básico de todo proceso de inclusión, que no es otro que el diseño de actividades compartidas lo más normalizadas posibles, procurando aprovechar los apoyos naturales existentes en cada centro educativo. En consecuencia, se precisa, por un lado, adoptar un enfoque comprensivo que tiene por finalidad facilitar oportunidades a todo el alumnado para conseguir actuar como un mecanismo compensador de las desigualdades socioeconómicas y personales de partida, proporcionando una educación personalizada que ofrezca aprendizajes funcionales desde un currículo común y contextualizado, centrado en los procesos y no tanto en los resultados. Y, por otro lado, atender al enfoque constructivista como un elemento facilitador del aprendizaje significativo cuando el alumnado construye conocimiento a partir de lo previamente adquirido (Rubio et al., 2020).

Desde estas coordenadas, en este primer capítulo de la obra se hace un acercamiento general a la evolución de los diferentes modelos teóricos asociados a la atención de las personas con características diversas, sin rehuir del debate emergente sobre discapacidad *versus* diversidad. Finalmente, se presentan los parámetros básicos a considerar en cualquier proceso de detección, evaluación e intervención, desde un enfoque inclusivo y en coherencia con los principios fundamentales del Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA), del alumnado con necesidades de tipo intelectual, motor, auditivo y visual.

Mapa conceptual de capítulo

Figura 1.1

Mapa conceptual del capítulo 1



Objetivos del capítulo

- Identificar los modelos teóricos básicos asociados a la atención del alumnado con características diversas.
- Reflexionar sobre la utilización del término discapacidad *versus* diversidad.
- Determinar los parámetros esenciales para la atención temprana y evaluación multidimensional de las necesidades.
- Conocer los principales condicionantes de la intervención educativa desde un enfoque inclusivo.

Antes de empezar la lectura del texto, reflexiono sobre la respuesta a las preguntas siguientes:

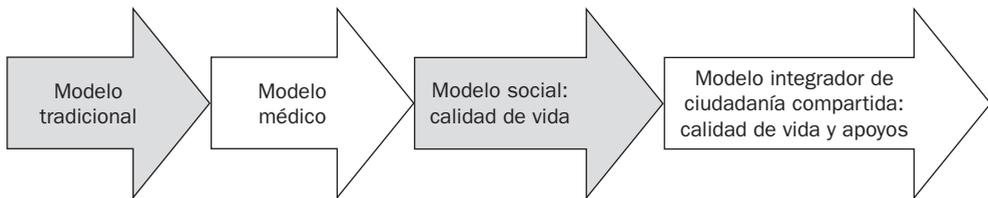
- *¿Cuáles son las principales características que definen el actual modelo de atención a la diversidad?*
- *¿Es lo mismo discapacidad que diversidad?*
- *¿Qué medidas básicas de intervención educativa inclusiva se consideran en la actualidad?*

1. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y SUS TÉRMINOS

A lo largo de la historia, la concepción y la forma de denominar a las personas con necesidades singulares ha evolucionado desde los modelos orientados hacia la exclusión-reclusión y de rehabilitación a los más actuales caracterizados por un enfoque social y de la bioética (Espadas y Santo, 2020; Palacios y Romañach, 2006; Toboso y Arnau, 2008), que evidencian su variedad ideológica y complejidad.

Con la finalidad de clarificar el estado actual de la conceptualización de la atención a la diversidad, en primer lugar se va a presentar un breve recorrido por los diferentes modelos teóricos más relevantes y los términos asociados a los mismos (Figura 1.2).

Figura 1.2
 Modelos teóricos



1.1. Modelo tradicional o de prescindencia

El primer modelo conceptual denominado tradicional o de prescindencia presuponía que el origen de la «discapacidad/diversidad» derivaba de motivos de carácter divino-religioso causados por algún pecado o hecho inmoral, por lo que estaba ligado a sentimientos de vergüenza (Goodley, 2017). Este periodo abarca dos submodelos: (a) *eugenésico*, que reclamaba directamente la eliminación de las personas que no fueran aptas (siendo frecuentes los infanticidios), y (b) *marginación*, puesto que en la Edad Media se comenzó a apelar al derecho a la vida, pero estando estas personas excluidas de la sociedad en lugares apartados, siendo tratadas como objeto de caridad, marginación y/o burla (Fuentes et al., 2021).

1.2. Modelo médico

A finales del siglo XVIII y comienzos del XIX surgió el modelo médico, caracterizado por una nueva concepción más humanizadora de las personas diversas, defendiéndose que las causas eran de tipo científico, considerándose como una enfermedad que requería de rehabilitación para lograr la máxima normalidad de tales personas, desde espacios específicos solo destinados para ellas.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, al ir consolidándose el paso de la idea de pecado a la de enfermedad, se produjeron importantes avances en la identificación y clasificación de diferentes síndromes, así como la proliferación de asociaciones y revistas profesionales. Desde finales del siglo XIX hasta hace medio siglo, aproximadamente, la visión predominante ha continuado estando centrada en el asistencialismo. Unida a esta idea de personas necesitadas de atención, se empleaban términos tales como «subnormal», «retrasado», «deficiente», «minusválido», «disminuido», «impedido» o «incapacitado». Estas expresiones, con el tiempo, han ido adquiriendo connotaciones negativas, suponiendo una vulneración de la dignidad del colectivo al que hacían referencia, al estar centradas en las dificultades y el déficit de la persona.

1.3. Modelo social: calidad de vida

Como consecuencia tanto del enfoque excesivamente patológico, centrado en el diagnóstico y categorización, como del carácter individualista y de «tragedia personal» del modelo médico, en los años setenta surge el modelo social impulsado por personas con discapacidad que comienzan a defender sus derechos a través de organizaciones e intelectuales (Pérez y Chhabra, 2019). Destacan las aportaciones de Oliver (1983, 1990, 1998), que acuñó el término de «modelo social» asociado a la discapacidad, la división entre lo biológico y lo social por parte de Barnes (1998), así como la incorporación de la perspectiva feminista de Morris (1996).

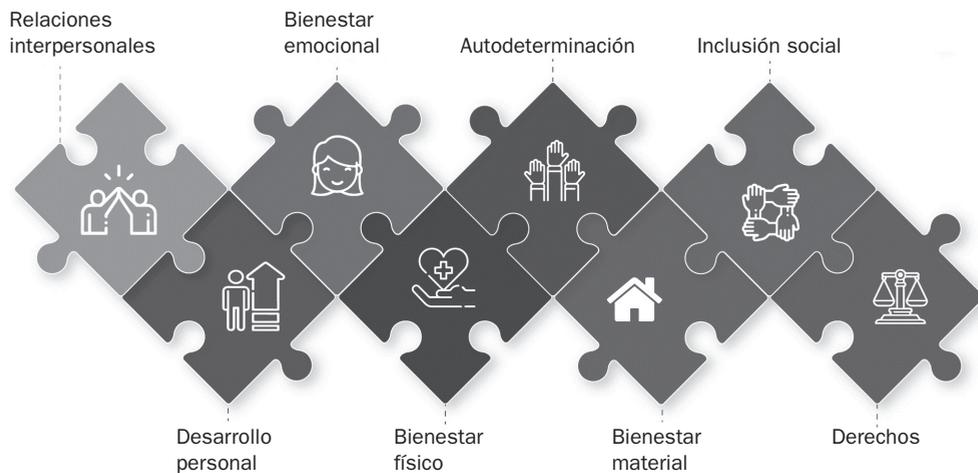
A partir de entonces, se dio una transformación significativa de modo progresivo dando paso al modelo social. Modelo que, en la actualidad, sigue siendo todavía una aspiración a alcanzar, puesto que siguen aún presentes algunos rasgos propios del modelo médico anterior; un ejemplo de ello son expresiones tales como «persona que sufre o padece una discapacidad», como si fuera una enfermedad. Asimismo, parte de los autores anteriormente indicados que impulsaron este nuevo paradigma de entendimiento de la discapacidad explican que las desigualdades económicas derivadas del capitalismo y el modelo neoliberal inciden en perpetuar la marginación y desigualdad social que afecta a estas poblaciones (Oliver, 2013).

Desde esta perspectiva positiva del modelo social no se responsabiliza de la discapacidad a la persona, sino que se culpabiliza a las barreras físicas y sociales del contexto que la sociedad impone y que evitan la participación plena y efectiva en tal sociedad en igualdad de oportunidades con los demás. Del mismo modo, se considera que la discapacidad es una construcción social que se origina por las limitaciones del contexto social y que son personas que deben incluirse en la sociedad, que es la que debe atender las necesidades de todos con el objetivo de desarrollar una vida independiente, requiriéndose demandas de acción directa sobre el entorno y acceso a apoyos que permitan la autonomía (Estruch-García et al., 2021). Es decir, se trata de encontrar un equilibrio entre las capacidades individuales y las demandas sociales y barreras socioambientales (Grue, 2011).

Con la generalización de esta perspectiva social se pone el foco de atención en lo que es importante para la persona de cara a mejorar lo máximo posible su **calidad de vida**. Si bien, ciertamente, este es un concepto complejo de definir y evaluar al tratarse de un estado deseado de bienestar personal, compuesto por elementos tanto objetivos como subjetivos, e influenciado por factores individuales y ambientales (Schalock y Verdugo, 2007). En el modelo de calidad de vida se destaca la influencia del contexto, debiendo actuarse en tres niveles: microsistema, mesosistema y macrosistema; con ellos puede mejorarse la percepción del grado de satisfacción de la persona en ocho necesidades fundamentales: bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y derechos (Verdugo, 2009) (Figura 1.3). A raíz de la proliferación de este enfoque, el interés en la evaluación de dichas dimensiones fue creciente, como se evidencia, por ejemplo, a través de los Cuestionarios de Evaluación de la Calidad de Vida en la Infancia CVI para niños y CVIP para padres de Sabeh et al. (2009) o el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes, CCVA de Gómez-Vela y Verdugo (2009), entre otros.

Figura 1.3

Modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003)



1.3.1. Incorporación de la perspectiva teórica de justicia

Un acontecimiento relevante que fortaleció el cambio de paradigma a nivel internacional fue cuando, en 2006, tuvo lugar en Nueva York la aprobación por parte de Naciones Unidas (ONU) de la **Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD)**, como una herramienta destinada a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad para garantizar la plena igual-

dad ante la ley. En consecuencia, el modelo social se beneficia con la incorporación de la dignidad como característica inherente a cualquier persona y el respeto por la diferencia como parte de la diversidad y la condición humana (Preámbulo CIDPD, 2006).

De especial importancia es el cambio terminológico propuesto desde la CIDPD (2006) para referirse a este grupo de la población como «personas con discapacidad» o «personas en situación de discapacidad». En su formulación participaron múltiples actores de la sociedad, siendo significativo el papel relevante otorgado a las aportaciones de las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias. Además, se insiste en que no se hace desaparecer la condición de discapacidad como si fuera algo negativo que tuviera que esconderse en lugar de normalizarlo. En primer lugar, es necesario anteponer la condición de persona y, posteriormente, la condición de su discapacidad.

En España, fue en 2008 cuando se ratificaron los acuerdos de la Convención. Con la adopción de este enfoque, se extendió el uso de «personas con discapacidad» (PCD) en los textos oficiales y en la normativa. Muestra de ello es que, en 2023, se publicó la versión actualizada del *Código del derecho de la discapacidad. Legislación española*, elaborado por el Foro Justicia y Discapacidad del Consejo General del Poder Judicial, en el que se recopila la normativa española relativa a la discapacidad y puede observarse que el término empleado es el anteriormente señalado (PCD). En este mismo sentido, en la Disposición adicional octava de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas dependientes se establece que «las disposiciones normativas elaboradas por las Administraciones Públicas utilizarán los términos «persona con discapacidad» o «personas con discapacidad» para denominarlas». Si bien, en muchos países de Hispanoamérica se está institucionalizando en mayor medida el uso de «personas en situación de discapacidad» (PeSD) en los textos legislativos y profesionales.



CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1.3.2. Incorporación del término «diversidad» en lugar de «discapacidad»

El uso del término «discapacidad» (carecer de capacidades) ha sido contestado por una parte del ámbito académico y del propio colectivo de personas con discapacidad,

especialmente desde que Javier Romañach propusiera, en el año 2005, el uso de la nomenclatura alternativa de «diversidad funcional», dentro del Foro de Vida Independiente y Divertad (FVID), espacio de reflexión y lucha por los derechos para conseguir la dignidad y libertad (palabras de las que proviene «divertad») de este colectivo.

Así, en los últimos años, tanto desde algunas organizaciones, como la anteriormente mencionada, como desde el sector de la educación se está extendiendo el uso de personas con **diversidad** o con **diversidad funcional**. Ciertamente, esta propuesta terminológica, en coherencia con la equidad en educación, parte de la idea de la diversidad como elemento propio e inherente a todas las personas, donde todas son diversas como característica intrínseca de los grupos humanos, enriqueciendo con ello a tales grupos (Campos y González-Fernández, 2024; González-Fernández et al., 2024). Así, en este marco de referencia se incorpora la idea de que la persona realiza las mismas funciones que el resto, pero de un modo diferente a la media de la población y que, por ello, necesita de unos apoyos específicos (Ferreira, 2010). Se propone, además, abandonar el término «discapacidad» por entenderse que ha adquirido ya un tono peyorativo, al centrarse en la carencia de la persona al aludir a que «no es capaz».

El inicio de este cambio terminológico ha dado lugar a un submodelo, dentro del modelo social, acuñado como **modelo de la diversidad** (Palacios y Romañach, 2006). Esta propuesta se apoya en los derechos humanos y la dignidad para plantear la necesidad de aceptar la diversidad como una característica inherente y que enriquece al ser humano, desde la infancia hasta la senectud, estando todos afectados de modo transitorio o permanente, así como argumentando que es una postura intermedia entre el desplazamiento de la problemática íntegramente a la sociedad o a la persona. Por tanto, estos autores defienden que la dignidad humana se articula en dos vertientes: la referente a la **igualdad del valor de la vida** y la **igualdad de derechos y oportunidades** de todas las personas.

Para ello, este submodelo incorpora como novedad respecto a lo planteado desde la CIDPD una propuesta para hacer viable la segunda vertiente: que se tenga en cuenta la visión del propio colectivo de personas discriminadas por su diversidad funcional en el ámbito de la bioética, con su participación en la toma de decisiones en lo que respecta al cuidado de su salud, así como pasar de la idea de que sufren por su diferencia a que lo hacen porque sienten que son percibidos como vidas de diferente valor, siendo esto la principal causa de discriminación y vulneraciones de sus derechos fundamentales como personas (Besoain-Saldaña, 2019; Calle-Carrasco y Campillay-Campillay, 2023; Palacios y Romañach, 2008; Parra y Palacios, 2007).

No obstante, cabe destacar que en el sector de la discapacidad existen posturas discrepantes con denominaciones tales como «diversidad», «diversidad funcional», «capacidades/necesidades diferentes o especiales», ya que estiman que dulcificar o suavizar el modo de dirigirse a las PCD no es beneficioso para el colectivo, debido a que acarrea una reducción del reconocimiento social que puede conducir a su mayor invisibilización. Igualmente, sostienen que la diversidad es algo propio de cualquier

persona, argumentando que todos compartimos la misma esencia del ser humano y que no nos diferenciamos en capacidades o necesidades esenciales, sino en que estas no puedan satisfacerse en igualdad de condiciones debido a barreras del entorno.

Desde el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), que es una plataforma de encuentro y defensa de la ciudadanía española con discapacidad, se defiende que la Convención de la ONU es el marco de referencia y que cualquier otra denominación que no sea PCD resulta desconocida y no tiene reconocimiento ni homologación mundial ni europea. En esta misma línea se sitúa el *Manual de Lenguaje Inclusivo* (2023), editado por la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE). En su texto se defiende que el modo en que son nombrados es un paso previo a la generación de comportamientos inclusivos, puesto que el lenguaje marca cómo pensamos. Asimismo, se insiste en que no quieren obviar la «etiqueta» de discapacidad debido a que es imprescindible reconocerla para dar visibilidad.

Por su parte, la Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (FEAPS) y la Asociación Down España también han manifestado que respaldan el término propuesto por la CIDPD, no habiendo ninguna justificación para no asumir la condición de las personas con discapacidad y tener que ocultarlo, teniendo que enfocar los esfuerzos en construir una sociedad que las respete y que las integre con normalidad en todos sus ámbitos. Igualmente, se emplea PCD en organismos de carácter internacional, como en la Asamblea Mundial de la Salud y en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de aplicación universal, la cual se centra en la situación particular de la persona para describir el funcionamiento según los facilitadores y las barreras que puede experimentar un individuo en un determinado contexto.



Ciertamente, se observa la existencia consolidada del término «discapacidad» y la irrupción de una nueva propuesta, como es la de «diversidad», impulsada especialmente desde el ámbito académico de la educación. En las líneas anteriores se han ofrecido argumentos que avalan la utilización de cada uno de estos términos, que bien reflejan un debate emergente. Así las cosas, dejamos libertad al lector, desde la información, la lectura sossegada y la reflexión, para optar por uno u otro término. En consecuencia, a lo largo de la presente obra nos referiremos a:

- Diversidad/discapacidad intelectual mediante las siglas *DI*.
- Diversidad/discapacidad motora mediante las siglas *DM*.
- Diversidad/discapacidad auditiva mediante las siglas *DA*.
- Diversidad/discapacidad visual mediante las siglas *DV*.

1.4. Modelo integrador de ciudadanía compartida: calidad de vida y apoyos

En la actualidad, no cabe duda de que se ha cambiado la forma de mirar la atención a la diversidad, reduciendo peso al diagnóstico y otorgando mayor importancia a los apoyos, y en el modo que se prestan en los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas, siempre desde una perspectiva inclusiva, respetando el derecho a tomar sus propias decisiones de vida, así como contando con su opinión, atendiendo a sus preferencias y las de sus familias. Con ello, se potencia su autonomía en comunidad para que construya su proyecto de vida.

Recientemente, ha aparecido un nuevo marco influyente para las políticas y prácticas relacionadas con las personas con necesidades singulares, el denominado **paradigma de la Ciudadanía Compartida** (CC) (en inglés, *Shared Citizenship Paradigm*, SPC). En él se resalta su compromiso activo y su plena participación, respetados y con derechos como miembros iguales, valorados, participativos y que contribuyen en todos los aspectos de la sociedad (Verdugo et al., 2023). Los pilares fundacionales que conforman este innovador paradigma son (Luckasson et al., 2023):

- Derecho a participar plenamente en todos los aspectos de la vida y la sociedad.
- Enfoque holístico de la etiología.
- Modelo contextual del funcionamiento humano, resaltando los factores que influyen en la eliminación de las barreras que impiden o dificultan el bienestar personal.
- Planificación y evaluación centradas en la persona.

En esta misma línea, en la última edición del *Manual sobre discapacidad intelectual* de la AAIDD de Schalock et al. (2021) se propone un **modelo integrador** (también denominado bio-psico-social) que resulta de combinar «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» (Suárez, 2020, p. 8).

Este nuevo modelo está basado en la evidencia del desarrollo de prácticas clínicas y profesionales, incorporando cuatro perspectivas teóricas (*biomédica, psicoeducativa, sociocultural y de justicia*) que proporcionan un marco de referencia multidimensional para la prestación de apoyos especializados basado en las fortalezas (Schalock et al., 2021) (Figura 1.4).

Desde este marco holístico que integra las contribuciones de las diferentes perspectivas, se ofrece una visión general al centrarse en los cinco elementos siguientes (Schalock et al., 2021, pp. 127-128):

- a) Funcionamiento humano y los múltiples factores que influyen en su expresión.
- b) Mejora de la comunicación entre personas que se identifican con diferentes perspectivas.
- c) El origen no se encuentra solo en el individuo, sino en la interacción entre la persona y los factores contextuales.
- d) Identificación de un listado más completo de factores de riesgo que conducen a la discapacidad, permitiendo un abanico más amplio de intervenciones y apoyos y ampliando el conocimiento sobre cómo mejorar las circunstancias globales de la persona.
- e) Proporciona a los equipos multidisciplinares un marco de referencia para la implementación de sistemas de apoyo.

Figura 1.4

Modelo integrador (adaptado de Schalock et al., 2021)

