

Capítulo segundo

Aproximación al campo de la educación especial: evolución y significado

Para lograr la participación e igualdad plena, no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia las personas con discapacidad; la experiencia ha demostrado que es en gran parte el medio el que determina el efecto de una deficiencia o incapacidad sobre la vida diaria de la persona.

Programa
de Acción de las Naciones
Unidas, 1982

Introducción

- 2.1. Recorrido histórico de la educación especial
 - 2.1.1. Antecedentes de la educación especial
 - 2.1.2. Nacimiento de la educación especial
- 2.2. La educación especial en España
 - 2.2.1. Inicios de la educación especial en España
 - 2.2.2. La educación especial desde la Ley General de Educación hasta nuestros días
- 2.3. Modelos de la educación especial
 - 2.3.1. Clasificación de los modelos de la educación especial
 - 2.3.2. Evolución de los diferentes modelos
 - 2.3.3. Los modelos en el campo educativo. El concepto de integración escolar
- 2.4. Recorrido conceptual del mundo de la discapacidad
 - 2.4.1. Taxonomías de la educación especial
 - 2.4.2. Nuevas corrientes taxonómicas
 - 2.4.3. Terminología en el campo educativo
- 2.5. Sentido actual: La educación inclusiva

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se pretende, por una parte, situar el mundo de la educación especial en la historia de la educación y, por otra, analizar los diferentes enfoques del tema y las taxonomías que estos generan, para ajustar, conceptualmente, el fondo y la forma de este capítulo con mayor precisión. También, se explica la terminología que se ha ido empleando y cómo esta se va modificando con el paso del tiempo.

El planteamiento que veremos a continuación no deja de lado los aspectos médicos ni los servicios sociales o psicológicos pero, como es lógico, la revisión es más exhaustiva en lo que se refiere al mundo de la educación y a los cambios conceptuales que ésta ha ido viviendo; evolución que ha posibilitado que los centros educativos hayan llegado a integrar e incluir a los niños y jóvenes con discapacidad en las aulas ordinarias.

2.1. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

A lo largo de la historia, las personas diferentes a lo habitual, bien por sus condiciones físicas, intelectuales o por sus conductas sociales, han sido generalmente rechazadas, temidas y/o aisladas de la vida social y educativa. Pero la idea de lo que es normal y la desviación del significado de normalidad han ido cambiando con el paso del tiempo. Lo normal se ha apoyado en un criterio, básicamente, cuantitativo y subjetivo, que ha ido organizando una respuesta asistencial y

después educativa, hasta desembocar en el movimiento de integración y de inclusión escolar.

A través de la siguiente figura, se presenta, de forma esquemática, la trayectoria de la educación especial desde la antigüedad hasta nuestros días, en la que nos vamos a apoyar para el desarrollo de su devenir histórico y la situación en la actualidad.

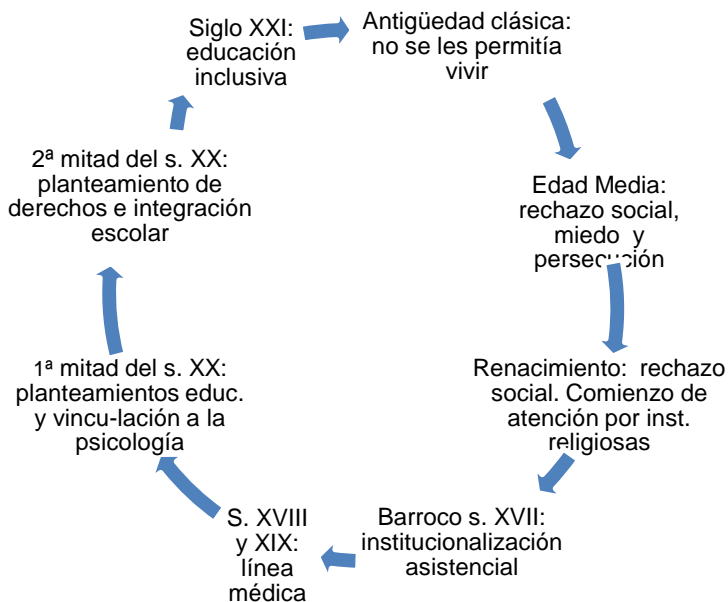


Gráfico nº 9: Trayectoria histórica de la educación especial

2.1.1. Antecedentes de la educación especial

En la Antigüedad y en la Edad Media encontramos las primeras explicaciones de la discapacidad asociada a sujetos con malformaciones, locos, delincuentes, maleantes, vagos, marginados, herejes o embrujados, lo que justificaba las causas de las deficiencias y de las conductas diferentes. La sociedad de esta época no se preocupaba por conocer a las personas diferentes y se conformaba con explicaciones oscuras, sin ningún rigor científico.

Todas estas creencias hacen concebir que un sujeto retrasado o desviado lo ha sido en tanto en cuanto la percepción y creencias manifestadas por los miembros de su propio grupo social (Arnaiz Sánchez, Garrido Gil y de Haro Rodríguez, 1999: 48).

Una práctica habitual en la Antigüedad era el infanticidio cuando se detectaban niños con anormalidades; de hecho, en la sociedad espartana, la Ley de Licurgo ordenaba que los ancianos examinaran a los recién nacidos y si se apreciaban signos de debilidad o malformaciones les abandonaran en una cueva, cerca del monte Tajeto. Una costumbre similar se daba en la sociedad romana, donde los niños defectuosos eran arrojados al Tíber (Sánchez-Palomino, 1997).

Los planteamientos de la Edad Media tampoco favorecían la comprensión del mundo de la discapacidad; las ideas que imperan en estos momentos están, por una parte, impregnadas de contenidos demoniacos que generan rechazo social y temor ante estos sujetos y, por otra, se constatan los esfuerzos de la iglesia cristiana en la condena del infanticidio, lo que genera un progresivo respeto por la vida del niño al que se empieza a acoger en los primeros asilos de caridad para *anormales* (Molina García, 1986).

Las primeras experiencias educativas se dan con niños cuyas discapacidades son de tipo sensorial, las cuales datan del siglo XVI. Según Molina García (1986) existen diversas razones que lo explican, por una parte, se trata de déficits que no afectan al desarrollo mental de los sujetos ni están vinculados a connotaciones sobrenaturales y, por otra, los sujetos con dificultades sensoriales podían colaborar en la superación de sus limitaciones, por lo que su educación solo implicaba una revisión y adaptación de la metodología de la enseñanza ordinaria. En cambio, la atención de los niños con discapacidad intelectual no tenía cabida en los modelos pedagógicos de aquella época.

Pero es en el Renacimiento cuando aparecen las experiencias educativas de los niños con discapacidades sensoriales, más significativas. Destaca la figura del fraile benedictino español, Pedro Ponce de León, a quien se le

atribuye *Doctrina para los sordo-mudos*¹⁶, obra donde se ponen de manifiesto las posibilidades de aprendizaje de los alumnos sordos. De hecho, este autor es reconocido, a nivel mundial, como el iniciador para la enseñanza de los sordomudos y creador del método oral.

La tarea de Ponce de León fue continuada, en el siglo XVII, por Juan Pablo Bonet, quien elaboró un método¹⁷ para el aprendizaje individual del lenguaje oral, método que tuvo una amplia difusión fuera de nuestras fronteras donde logró su reconocimiento y consolidación. Un siglo más tarde, en el XVIII, Jacobo Rodrigo Pereira, crea el alfabeto dactilológico para la comunicación con las personas sordas e inicia una educación de tipo sensorial, que sustituye las palabras orales por la vista y el tacto, metodología que influirá en Itard y Seguí, cuyos principios educativos se ponen de manifiesto en la obra *El Emilio* de Rousseau (Ortiz Díaz, 1995).

En esta época, la atención al alumnado sordo tuvo una proyección institucional en Francia, mediante la creación de la primera escuela pública para sordomudos, por el Abad Charles-Michel L'Épée, quien continúa mejorando la dactilología, enseña la lectoescritura por medio de un método global, sistematiza el lenguaje mímico de los sordos y crea el primer Instituto Nacional de Sordomudos de París, en 1791. Su método tuvo proyección internacional, así, en EE.UU., Thornton, siguiendo su doctrina y de su discípulo Sicard, trabajó la enseñanza del lenguaje oral en los *sordomudos*; por el contrario, en Alemania, Heinicke se opuso al método mímico defendiendo la postura oralista. En España, se publica *Escuela española de sordomudos o arte de enseñar a hablar y escribir*

¹⁶ Realmente este libro no se ha encontrado, aunque se le atribuye al autor. Su método se conoció en 1986, por un documento encontrado en el Archivo Histórico Nacional de Madrid, es un manuscrito en el que se explica que lo primero que hacía Ponce de León era enseñar a sus alumnos a escribir mientras les señalaba con el dedo índice de la mano derecha las letras figuradas en su mano izquierda (alfabeto bimanual) y luego los objetos identificados o rotulados con su respectivo nombre; después, les hacía repetir manualmente y por escrito, por este orden, las palabras que correspondían a los objetos.

¹⁷ *Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los mudos* (1620).

el idioma español, de Lorenzo Hervás y Pandero (Ortiz Díaz, 1995).

Respecto a la educación de los ciegos, en 1784, Valentín Haüy crea, en París, el primer Instituto de Jóvenes Ciegos, trabajando, por primera vez, la escritura en relieve y demostrando así las posibilidades educativas de este alumnado. Posteriormente, Louis Braille inventó un sistema de lectoescritura con puntos en relieve que ha llegado hasta nuestros días.

No obstante, éstas son experiencias aisladas y, como ya hemos comentado, para niños con discapacidades de tipo sensorial; el resto de personas con discapacidad no participaron del esplendor del siglo XVII, puesto que la práctica más habitual, en este momento, era la del ingreso en hospitales y manicomios, donde se les mantenían apartados de la sociedad y, además, ésta se protegía de ellos. Los estudios que hemos consultado coinciden en señalar que esta situación de internamiento indiscriminado de los discapacitados intelectuales con dementes y maleantes, etc., se da hasta la segunda mitad del siglo XVIII en Europa.

En definitiva, esta es la postura que la sociedad tiene en esos momentos sobre *la infancia anormal*, presidida por el aislamiento de estas personas que, desde su nacimiento, están condenadas a sufrir el rechazo de los demás y la ausencia de derechos y posibilidades de realización personal y educativa.

Posteriormente, en la época de la Ilustración, las aportaciones de Rousseau y otros coetáneos tuvieron mucho que ver con el nacimiento de la educación especial, ya que representaron la denominada “revolución copernicana en educación”, al plantear la especificidad del niño, como sujeto de educación. Este nuevo enfoque permitía la consideración no sólo del niño ciego o sordo, sino de los discapacitados intelectuales como sujetos susceptibles de ser educados.

En el período de tiempo comprendido entre la Ilustración hasta la Revolución Francesa (1789) se produjeron avances significativos en el campo educativo de los niños sordos y ciegos (Sánchez-Palomino, 1991). Pero, es a partir de la

Revolución Francesa y bajo los principios de igualdad y justicia, cuando la conciencia ciudadana reclama que se diferencien los criminales, delincuentes y mendigos, que irían a centros penitenciarios, de los locos, dementes y deficientes, que serían recogidos en asilos. Comienza, así, otro tipo de reclusión de este segundo grupo de personas para las que, algunos científicos de la época, entre ellos Pinel, como vamos a ver a continuación, reclaman un trato más humano, dándoles una nueva dimensión a estos centros de internamiento (Bardeau, 1978).

Durante esta época, las familias con mayor poder económico recurren, por lo general, a la institucionalización. Los *deficientes* están recogidos y atendidos en grandes instituciones y no son un estorbo para las familias que, en ocasiones, se avergüenzan de tener un ser semejante en casa, ya que los consideraban como una maldición o como un castigo divino. En cambio, las familias con economías de subsistencia los tenían en casa, en muchos casos escondidos.

2.1.2. Nacimiento de la educación especial

No es hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX cuando nace la idea de educación especial, basada en una perspectiva médica, dado que se fundamenta, sobre todo, en las ideas de los médicos franceses Pinel¹⁸, Esquirol¹⁹, Itard²⁰ y

¹⁸ Pinel es reconocido como precursor de la ergoterapia o terapia por medio del trabajo manual, que se desarrolló en los asilos a lo largo del siglo XIX, coexistiendo con otros métodos terapéuticos del momento, tales como el aislamiento, las cadenas, las duchas, etc... Tenía unas ideas muy avanzadas sobre la educación especial y aunque pensaba que los *idiotas* (que eran los pacientes más numerosos de las instituciones de la época) no eran susceptibles de educación, abogaba por el trabajo ocupacional como forma de terapia (López Risco y Rodríguez Tejada, 2002).

¹⁹ Fue discípulo de Pinel. Distinguía dos niveles de retraso: *la imbecilidad y la idiocia* (Scheerenberger, 1984: 79). Considera la enfermedad mental como un estado temporal de pérdida de la función intelectual; y, *el retraso mental* como un estado de pérdida de la facultad de percibir de forma correcta las cosas y las relaciones entre ellas. Es considerado el padre de la psiquiatría en la educación especial.

Seguín²¹, y de otros colegas²² europeos. El planteamiento de estos momentos sigue siendo asistencial pero reformista, pues defienden que las instituciones sean terapéuticas y no carcelarias, más humanas y sin ningún tipo de abuso físico, ni cadenas. Además, empiezan a ver ciertas posibilidades de aprendizaje en contextos educativos adecuados y a través de la estimulación sensorial. A raíz del pensamiento y práctica de los médicos mencionados, las personas con discapacidad empiezan a ser tratadas desde el punto de vista médico y pedagógico, empiezan, a ser identificadas como personas con *retraso mental*, diferenciándolas de los enfermos mentales.

También destacan otros médicos, como Samuel Howe²³, que dedicó su trabajo a niños sordos y ciegos; Félix Voisin, creador del método *orto frénico* para potenciar el factor intelectual y los valores morales de los niños, combinando la medicina con la didáctica en grupos de trabajo reducidos, y Langdon Down²⁴, que utilizó por primera vez, en 1866, el término *mongolismo* y defendió la atención precoz a los niños

²⁰ Fue el primero en considerar las posibilidades educativas de las personas con retraso mental, rechazando el innatismo. Le influyeron las ideas de Locke y Condillac y desarrolló un método pedagógico basado en potenciar los sentidos para desarrollar la mente, trabajar la socialización para la inserción social y potenciar el uso del lenguaje. Experimentó su método con el famoso niño salvaje d'Aveyron.

²¹ Seguín, defensor de la orientación pedagógica y de la educación, es considerado como el reformador de las instituciones para las personas con retraso mental, a las que dedicó toda su vida profesional. Fue, además, creador en 1876, en Pennsylvania, de "La Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para idiotas y débiles mentales de Estados Unidos", que en 1933 pasaría a ser "La Asociación de Estados Unidos sobre la deficiencia mental". La influencia de su metodología fue enorme y su método fisiológico fue llevado a la práctica en pleno siglo XX, por la médico y pedagoga italiana María Montessori.

²² El inglés Arnold o el italiano Chiuraggi.

²³ Filántropo, educador y reformista norteamericano (1801/76). Fue director de la Escuela Perkins para ciegos desde 1832 hasta su muerte, cargo en el que tuvo ocasión de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante sus viajes por Europa. Fue cofundador de un instituto para *deficientes mentales* en Massachussets. Escribió *Lectura para ciegos* (1839).

²⁴ Fue uno de los mayores defensores de la institucionalización de las personas con *retraso mental* y Síndrome de Down.

La integración escolar: nacimiento, experimentación y generalización (1970/1995). Su implementación en la provincia de Valladolid.

con Síndrome de Down, así como los tratamientos basados en el desarrollo de los sentidos, el lenguaje y la actividad física.

En medio de este panorama internacional, España empezaba el siglo XIX estrenando la Constitución de 1812, que estipulaba una educación para todos, en la que se decía:

En todos los pueblos de la Monarquía se establecerán escuelas de primeras letras, en las que se enseñará a los niños a leer, escribir y contar y el catecismo de la religión católica, que comprenderá también una breve exposición de las obligaciones civiles²⁵.

Pero es la Ley Moyano²⁶ la que establece la atención a los niños sordo-mudos y ciegos, al señalar:

Promoverá asimismo el Gobierno las enseñanzas para los sordo-mudos y ciegos, procurando que haya por lo menos una escuela de esta clase en cada Distrito universitario y que, en las públicas de niños, se atienda, en cuanto sea posible, a la educación de aquellos desgraciados²⁷.

Volviendo al plano general europeo, en la segunda mitad del siglo XIX, se mantuvo, por una parte, la línea asistencial continuista de períodos anteriores, que consideraba la inutilidad de la educación de los *idiotas*, para quienes se veía más adecuada la internalización en instituciones asistenciales; y por otra, una línea educativa, que defendía las posibilidades de su educación (Puigdemívol, 1986; Arnaiz, et al., 1999; y Jiménez y Vilà, 1999).

Las teorías de Rousseau y su influencia en Pestalozzi y Froëbel contribuyeron notablemente a esta nueva forma de entender y actuar con los niños de educación especial (Shheerenberger, 1984). El pedagogo Pestalozzi creó en Suiza el Instituto de Iverdun para alumnado *desgraciado*, sentando

²⁵ Artículo 366.

²⁶ Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857.

²⁷ Artículo 108.

las bases de la educación intuitiva; su trabajo iba dirigido a todos: normales y *disminuidos*; y Froëbel creó el Instituto General Alemán de Educación, en el que se desarrollan los programas de enseñanza basados en los sentidos, también dirigido a todo el alumnado (Ortiz Díaz, 1995).

Continuando con la línea de actuación iniciada en la segunda mitad del siglo XIX por los precursores de la corriente médico-pedagógica, hay que resaltar, en los albores del siglo XX, autores que, aunque con notables influencias teórico-prácticas de la corriente biomédica, fueron en su momento verdaderos innovadores en el campo de la Pedagogía Terapéutica, tales como la médica-psiquiatra italiana Maria Montessori y el médico y psicólogo belga Ovide Decroly (Lledó Carreres, 2008).

María Montessori²⁸, la primera mujer médico en Italia, en sus primeros momentos puso en práctica los métodos de Itard y Seguín con niños *anormales*, siendo ayudante en la clínica psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Roma. Allí descubrió que el tratamiento pedagógico de estos niños era más eficaz que el tratamiento médico, por lo que derivó sus acciones hacia el campo de la educación y defendió el derecho de los niños *deficientes* a beneficiarse de la educación, incluso más que los niños normales. En 1901, Montessori fundó en Italia una escuela de educación especial bajo las influencias de Pestalozzi, Loocke y Froëbel, en la que se defendía la importancia de la educación sensorial para el desarrollo de la inteligencia y de la formación de los niños.

El médico belga Ovide Decroly²⁹, desde sus comienzos, trabajó en la educación de niños *deficientes mentales*, impulsando, también, que su enseñanza tenía que enfocarse desde el campo pedagógico y no desde el clínico. Tuvo

²⁸ Escribe *El método de la pedagogía científica aplicada a la educación del niño* y crea la Casa dei Bambini (1909), donde se puede observar el carácter científico de su pedagogía infantil. Es defensora de la formación científica para los maestros y, en su tiempo, fue una revolucionaria en el campo de la educación.

²⁹ Crea en Bruselas, en 1901, *L'École de l'Ermitage* donde se aplica su metodología globalizadora.

influencias de la Gestalt en su planteamiento de educación globalizada a partir de *centros de interés*. Su método aportó a la educación una dimensión social, con la defensa de la autonomía individual y del medio natural, en interacción con la familia, la escuela y la comunidad. Este proyecto educativo tuvo mucho que ver con el apoyo de actitudes hacia los sujetos *anormales*, quienes debían ser aceptados y respetados para que pudieran alcanzar su autonomía.

Es ya entrando el siglo XX, cuando comienza una nueva etapa en la que la orientación médica de la educación especial va a dejar paso al diagnóstico y tratamiento psicopedagógico. Se va abandonando el enfoque clínico en pro de disciplinas, como la Psicología, la Psicometría y la Pedagogía. Estas ideas tienen su caldo de cultivo en diversos países de Europa y EE.UU.³⁰ que son sensibles a una atención educativa diferente hacia las personas con discapacidad. Los avances de la psicología general, diferencial y aplicada plantean nuevas formas de diagnóstico, de carácter psicológico, que empieza a sustituir al médico.

El tipo de intervención que se genera con los alumnos que manifiestan dificultades, pasa por un trabajo multidisciplinar de carácter médico, pedagógico y de asistencia social; además, se empieza a utilizar la evaluación psicométrica, la cual se convierte en el instrumento de clasificación de la inteligencia a través del cociente intelectual (CI)³¹, lo que produce consecuencias inmediatas para los alumnos *deficientes* a los que se va a escolarizar en situación de segregación. La generalización del concepto de CI, a partir de 1912, establece claramente la división entre normalidad y *anormalidad* y entre educación ordinaria y especial y genera, por consiguiente, la

³⁰ En Nueva York, en 1939, se crearon aulas para alumnado *plurideficiente* que seguían las pautas metodológicas de Seguin.

³¹ El psicólogo Binet (1857/1911) y el médico Simon (1873/1961) publican en 1905 la primera escala métrica de inteligencia para niños entre 3 y 15 años. Estos test sirvieron para el diagnóstico de alumnos normales y para la identificación de los *débiles mentales*. Esta escala se ha ido modificando, en años sucesivos por Terman, que introdujo el concepto de C.I., Merrill y Stern y, posteriormente, se fueron creando las nuevas escalas: Stanford-Binet, Catell y Wechsler.

existencia de dos tipos de centros: los ordinarios, en los que en ocasiones existían aulas específicas separadas del resto y los específicos de educación especial.

Así se produjo el paso del modelo médico al modelo psicológico. Y el cambio de diagnóstico que ahora se basaba en hallar el déficit achacable al alumno, en la identificación, clasificación y categorización diagnóstica del mismo y en el tratamiento especial que éste debía recibir en un centro o en un aula especial.

Nacen, por tanto, los centros específicos especializados en la atención al alumnado *deficiente mental, sordo, ciego o con graves deficiencias motoras*. La idea imperante era que el déficit se consideraba consustancial al alumno y generaba la necesidad de especialistas, por lo que empieza el nacimiento de la Pedagogía Terapéutica (Puigdemívol Aiguadé, 1986, Sánchez-Palomino, 1991 y Ortiz Díaz, 1995).

En 1933, el médico alemán Strauss introdujo en España el término de Pedagogía Terapéutica en la Universidad de Barcelona, donde impartió esta disciplina (Ortiz Díaz, 1995) y, en 1936, publicó *Introducción a la Pedagogía Terapéutica* que supuso una aportación avanzada y trascendente para el campo de la *deficiencia mental*, puesto que formulaba una intervención centrada en el medio ambiente, siguiendo las influencias de Seguí y Montessori.

En 1943, desde la psiquiatría americana, se habla por primera vez del autismo y, en 1959, la *American Association of Mental Deficiency* (AAMR)³² acuña oficialmente la definición de *retraso mental*³³ e introduce la terminología³⁴ de Stanford-Binet.

³² La AAMR es una organización científica, formada por especialistas de EE.UU., que tiene un gran prestigio a nivel internacional desde 1876, año en que comenzó a estudiar la discapacidad intelectual.

³³ *Funcionamiento intelectual general inferior a la media, que tiene su origen en el período del desarrollo y va asociado a un empeoramiento de la conducta adaptativa* (AAMD, 1959).

³⁴ CI de 67 a 83, límite; CI de 59 a 66, leve; CI de 33 a 49; moderado CI de 16 a 32, moderado y CI de 16, profundo.

En la segunda mitad del siglo XX, nos encontramos con que el concepto de educación especial tiene dos sentidos: el restringido que se refiere a la actuación educativa que se realiza con alumnado gravemente afectado en los centros específicos; y el amplio, que alude a los alumnos que están escolarizados en la escuela ordinaria y que presentan discapacidades menos significativas, problemas de aprendizaje o problemas de conducta (Ortiz Díaz, 1995).

En torno a los años 50, existía ya una conciencia clara sobre la necesidad de atender a los alumnos retrasados en la escuela normal, siempre que se pudiera a través de adaptaciones de material, método y programa. Solo en los casos de mayor gravedad se recurría a clases especiales, pero buscando siempre la adaptación social, prestándose una atención creciente al desarrollo de los programas postescolares, sobre todo en talleres protegidos (...); la educación especial se fundamentaba sobre el desarrollo motriz, sensorial, del lenguaje (...) y se continuará por los aprendizajes escolares, para desembocar al final en las tareas de formación laboral y adaptación social (Ortiz, 1995:37).

En esta época, son varios los acontecimientos que van perfilando en Europa una línea ideológica y profesional sobre el diagnóstico y tratamiento educativo de los sujetos con discapacidades, cuya influencia irá fraguando posteriormente en España. A finales de los 50, Bank-Mikkelsen, director de los Servicios para Deficientes Mentales en Dinamarca, comenzó a hablar de *normalización* como la posibilidad de que todas las personas con discapacidad desarrollasen un tipo de vida tan normal como fuera posible. El impacto de esta idea fue tan grande que quedó incorporado a la legislación danesa en 1959, como *el principio de normalización*.

A través de estos breves apuntes de la historia hemos podido ver la evolución que se ha producido hasta llegar hasta este punto, en que se empiezan a reconocer derechos y a asumir el principio de normalización. Atrás van quedando las posturas de marginación, internalización, desconocimiento o planteamientos meramente asistenciales.

Es, a partir de estos momentos, cuando diferentes países, en Europa, empiezan sus procesos de integración escolar, que someramente vamos a ir viendo a lo largo de esta tesis para analizar la influencia que tuvieron en el transcurso español, que es el que presentamos en profundidad.

2.2. LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN ESPAÑA

2.2.1. Inicios de la educación especial en España

Si nos centramos de nuevo en nuestro país, son dignas de destacar las dos primeras décadas del siglo XX, dado que, en 1902, se aprueba el reglamento del *Colegio Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales* y, en 1920, se crea, para todos ellos el *Patronato Nacional*³⁵. Ambos acontecimientos supusieron un impulso al desarrollo y la evolución de la educación de los niños *deficientes e inadaptados*, sin embargo, no tuvieron el alcance práctico suficiente para imprimir a la educación especial una clara y efectiva orientación.

Ocurre lo mismo con la Constitución de la Segunda República³⁶ pues aunque potencia un avance de la educación en general, no contempla específicamente nada de la educación para niños con discapacidad, solo específica:

El Estado prestará asistencia a los enfermos y ancianos, protección a la maternidad y a la infancia, haciendo suya la "Declaración de Ginebra" o tabla de los derechos del niño (Art. 43).

La enseñanza primaria será gratuita y obligatoria. La enseñanza será laica, hará del trabajo el eje de su actividad metodológica y se inspirará en ideales de solidaridad humana (Art. 48).

³⁵ Posteriormente, se dividiría en tres patronatos diferentes, uno para personas sordas, otro para las ciegas y el último para las *anormales*. La *Escuela Nacional de Anormales*, en 1967, se convertiría en el *Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica*.

³⁶ De 9 de diciembre de 1931.

En 1935 se crea el *Patronato de Educación Especial para la Infancia Anormal*, organismo que, en 1955, pasa a ser el *Patronato Nacional de Educación Especial*. Estas iniciativas sufrieron un duro golpe a causa de la situación política y social vivida en España en los años de la posguerra. Los problemas en torno a definición legal y operativa de la educación especial, condicionaron, en gran parte, su expansión y supusieron una involución en su desarrollo.

Es en la década de los 60, cuando se empieza a perfilar un nuevo panorama, debido a la incidencia de diversos factores que dieron como resultado un aumento considerable en la calidad de los servicios prestados a las personas con *deficiencia* (García García, 1987), entre los que cabe destacar:

- a) El nacimiento y desarrollo de asociaciones de padres y de afectados, hecho que coincide con los comienzos de la apertura franquista.
- b) Las nuevas expectativas, más optimistas, sobre las posibilidades de aprendizaje de las personas con discapacidad, debido, en gran parte, a los avances de las teorías sobre el aprendizaje.
- c) El impacto de los conceptos de normalización e integración, que poco a poco empiezan a calar en las mentalidades más progresistas.
- d) La influencia de los organismos internacionales que tratan la discapacidad y la política educativa seguida por otros países.
- e) Los avances en diferentes áreas de la biología, psicología, pedagogía, sociología, medicina; etc.
- f) El reconocimiento del derecho de los niños con discapacidad a recibir una educación financiada con fondos públicos, lo que se va a ir reflejando en la legislación y, consecuentemente, en su aplicación.
- g) El hecho de sacar a la luz pública lo inhumano de las grandes instituciones para *deficientes*, su grado de saturación y lo caras que resultaban en su mantenimiento.

Todo ello contribuyó a la progresiva implantación de otros modelos de servicios sociales, propiciados, en buena parte, por las asociaciones de padres.

Tena Artigas (1966), siendo Secretario General Técnico del Ministerio de Educación Nacional, publicó cómo se han cumplido los objetivos del Primer Plan de Desarrollo Económico y Social, señalando que del objetivo nº 7 que era “la preocupación por la educación de niños especiales”, se habían realizado las siguientes actuaciones:

- a) En cuanto a la formación se hicieron los cursos de nueve meses de personal especializado en pedagogía terapéutica que presentamos a continuación.

Tabla nº 20: Formación en el Primer Plan de Desarrollo Económico y Social

	1963	1965	1966
Cursos	1	5	9 ³⁷
Maestros titulados	22	447	850

- b) Y se dieron las siguientes becas especiales para niños de educación especial.

Tabla nº 21: Becas en el Primer Plan de Desarrollo Económico y Social

	1963	1965	1966
Beneficiarios	2.525	2.759	3.262
Cantidad en pesetas	32.250.000	32.249.000	38.234.000

³⁷ Se hicieron dos cursos en Madrid y uno en cada una de las siguientes ciudades: Barcelona, Valencia, Sevilla, Bilbao, Valladolid, Pamplona y Oviedo.

A nivel normativo, en 1965, se publica un Decreto³⁸ del Ministerio de Educación Nacional en el que se responsabiliza de la orientación en materia de educación especial al *Patronato Nacional* que se convierte, además, en el órgano asesor del Ministerio. El Decreto impulsa la asistencia y educación de los *subnormales* y propone realizar una profunda renovación de las actividades.

Los centros, escuelas, programas y métodos de educación especial se destinarán a los niños y jóvenes que, como consecuencia de sus deficiencias e inadaptaciones de orden físico, psíquico, escolar o social resulten incapacitados o tengan dificultades para seguir con un normal aprovechamiento, los programas de estudios correspondientes a su edad en los centros primarios, medios y profesionales³⁹.

El interés del Ministerio hace que, entre 1965 y 1967, se dé un sensible aumento de centros de educación especial y de unidades especiales ubicadas en los centros ordinarios. Indudablemente, en estos años, se constata un interés por el tema que se hace patente en la necesidad de definir y clasificar a estos sujetos, así como de delimitar los procedimientos de educación más oportunos. Pero la preocupación por la educación especial no sólo alcanza a la creación de centros o de métodos pedagógicos, también existe una preocupación latente por la formación del profesorado que se destine a estos nuevos centros. Fruto de tales inquietudes, en 1964, se convocan los primeros cursos de Pedagogía Terapéutica y la *Escuela Nacional de Anormales* se convierte, en 1967, en el *Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica*. La dirección pedagógica de estos centros la ostentaron la bióloga María Soriano⁴⁰, el médico Palancar Tejedor⁴¹ y el psiquiatra César

³⁸ Decreto 2925/1965, de 23 de septiembre, por el que se regulan las actividades del Ministerio de Educación Nacional en orden a la educación especial.

³⁹ Art.1.

⁴⁰ Entre 1925 y 1930, se especializó en técnicas de educación especial en Suiza, Francia y Bélgica, Alemania y Austria; en 1933, obtiene la titulación en Psicología en Madrid y París; en 1941, realiza cursos de Psicomotricidad en Suiza y, en 1953, en la Facultad de Medicina de París, obtiene el título

Juarros⁴², quienes fueron muy significativos en el desarrollo de la educación especial.

María Soriano, desde su toma de posesión como directora de la *Escuela Central de Anormales*, aneja al *Colegio Nacional de Sordomudos y de Ciegos*, en 1923, hasta su jubilación, en 1970, en el *Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica*, dedicó toda su vida a la docencia, formación del profesorado, atención a las familias de las personas con discapacidad, asesoramiento, investigación y divulgación científica. Después de su jubilación continuó con estas actividades y, además, se dedicó a las Asociaciones Científicas y al *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*.

En esta época, inician su andadura diferentes asociaciones, como la Asociación Pro Deficientes Mentales (ASPRONA) y Federaciones, como la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS).

No obstante, hasta los años 70, la actitud de la sociedad española respecto a las personas con discapacidad seguía siendo de marginación y aislamiento (López Risco y otros, 2002). Pero a pesar de la incomunicación que vivía este país, debido a la dictadura franquista, se empiezan a conocer las corrientes avanzadas del pensamiento europeo. En este

internacional de Fono-Audiología y Logopedia. Los trabajos sobre el Roschart, de Soriano y Juarros, representaron una inestimable aportación de la psicología al campo educativo al ser uno de los primeros publicados en España y en castellano.

⁴¹ Cirujano que había estudiado en Alemania y Francia con el profesor Alfred Binet. Fue autor de artículos como *Ensayo Psiquiátrico sobre la fatiga escolar*, *Los Laboratorios de Psiquiatría Escolar*, *Profilaxis Psiquiátrica en la Escuela*, *Trabajo Manual en los Niños Anormales*, *Ergopedagogía y Ergoterapéutica*, etc.

⁴² Profesor de Psiquiatría de la Academia Militar y del Instituto Español Criminológico y autor de artículos como *Educación de Niños Anormales*, *El Nivel Motórico*, *la Edad Motora*, *Trascendencia Práctica del Conocimiento de las Neurosis Infantiles*, *Pautas del Oseretzsky para valorar el Desarrollo Motor*, etc.

contexto, ve la luz la Reforma Educativa del Ministro Villar Palasí (LGE de 1970), que fue el primer documento legal que contempla la atención a las personas *disminuidas* dentro del sistema de educación general. El cambio de perspectiva fue sustancial y marcó un antes y un después en la historia de la educación especial ya que la normativa en vigor hasta ese momento no tenía en cuenta la educación de los niños con discapacidad (a excepción de los *sordomudos* y ciegos), cuya aplicación supuso la incorporación de los discapacitados a la escuela ordinaria aunque segregada del resto del alumnado.

A continuación, presentamos, de forma resumida, los acontecimientos más significativos de la educación especial en España y los que, a nivel internacional, supusieron influencia para ella, desde el inicio del siglo XX, hasta la promulgación de la Ley General de Educación, en 1970.

Tabla nº 22: Desarrollo de la educación especial en España hasta los años 70

Acontecimientos más significativos	Año
- Nace el <i>Patronato de Anormales</i> .	1910
- Se funda en Madrid la primera Asociación de <i>Sordomudos</i> .	
- Se crea el <i>Patronato de Sordomudos, Ciegos y Anormales</i> .	1920
- Se crea el <i>Patronato de Educación Especial para la infancia anormal</i> .	1935
- Se acuña, en Dinamarca, el principio de <i>normalización</i> que, años más tarde, llegará a España.	1950
- Por Orden Ministerial, se convoca el primer <i>Curso de capacitación del Magisterio para la enseñanza del sordomudo</i> .	1954
- El <i>Patronato de Anormales</i> pasa a ser el <i>Patronato Nacional de Educación Especial</i> .	1955
- Surge la <i>Asociación Española de Educadores de Sordos y de Trastornos de la Palabra y del Lenguaje Hablado y Escrito (AEESS)</i> .	1956
- Nace ASPRONA Valencia.	1959
- Existían 50 asociaciones de padres y amigos	Años

de los sordos.	60
- El Ministerio de Educación Nacional pasa a ser el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC).	1962
- El <i>Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica</i> convoca el primer <i>Curso Nacional de especialización de PT.</i>	
- Creación de FEAPS.	1964
- Continuación de más cursos de especialización de PT.	
- Publicación del Decreto de EE de niños y jóvenes subnormales que estructura el <i>Real Patronato de Educación Especial</i> e incluye en él el <i>Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica.</i>	1965
- La <i>Escuela de Anormales</i> de Madrid, pasa a ser el <i>Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica</i> y en él una Oficina Técnica de EE	1967
- Entre 1965 y 1967, aumento de centros de EE y de clases especiales.	
- Nace la revista <i>Siglo Cero</i>	
- Se crea el <i>Servicio Social de Asistencia a menores Subnormales</i> que, posteriormente, se llamará <i>Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos</i> (SEREM).	1968
- Se celebra en Jerusalén el Congreso Internacional, organizado por la <i>Liga Internacional de Asociaciones Protectoras de Deficientes Mentales</i> , en el que se aprobó la <i>Declaración de Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental.</i>	
- Se crea el ICE	1969
- Se generaliza, en Europa, el principio de normalización a través de Bengt Nirje, director de la <i>Asociación Sueca pro Niños Deficientes</i> , que sigue la línea de Bank-Mikkelsen.	
- LGE	1970

2.2.2. La educación especial desde la LGE (1970) hasta nuestros días

En el capítulo siguiente se aborda la LGE de forma pormenorizada, pero no podemos obviarla en esta primera aproximación conceptual al campo de la educación especial ya

que, como veremos más adelante, es el primer momento en que la legislación española introduce dentro del sistema educativo ordinario, la educación especial.

Paralelamente a la entrada de los alumnos con discapacidad en las escuelas ordinarias, como consecuencia de la aprobación de la LGE, las asociaciones de padres se movilizan y consiguen, en 1971, que el gobierno suscriba la Declaración de Jerusalén⁴³, lo que conlleva aceptar un cambio en la educación de estos alumnos, que va a permitir, paulatinamente, que se pase de un paradigma asistencial a otro centrado en los derechos de las personas.

Asistimos, en 1975, a la creación del Instituto Nacional de Educación Especial (INEE), cuya misión era conseguir la progresiva extensión y perfeccionamiento del sistema de educación especial; y un año más tarde a la creación del Real Patronato de Educación Especial, organismo encargado de fomentar y coordinar la acción del Estado y de la sociedad en materia de educación especial. Todo ello trajo consigo que el panorama del principio, en cierto modo caótico, se fuera perfilando hacia la delimitación de unos criterios más justos y objetivos.

A partir de 1975, con la muerte de Franco, se produce la transición democrática y la aprobación de la Constitución de 1978, documento marco que ratificó los derechos de las personas con discapacidad, respaldando así, los avances logrados hasta esa fecha.

En el 1979, ve la luz el Plan Nacional de Educación Especial⁴⁴, que contiene los criterios básicos para la puesta en marcha de los programas de educación especial; todos estos hechos representaron un considerable avance para la integración de los *disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos*,

⁴³ Esta se celebra en el marco de las Naciones Unidas en 1968 y se aprobó la *Declaración de Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental*.

⁴⁴ El Plan tuvo en cuenta la adhesión del Estado español a los principios enumerados en la *Declaración de los Derechos del Deficiente Mental* y el artículo 49 de la Constitución.

dado que se empieza a defender que necesitan atención más especializada y que tienen derecho al disfrute de los derechos básicos, como cualquier ciudadano.

En la Legislatura Constituyente y Primera, se abre un debate muy rico y profundo sobre el tema, pero el hito más significativo, que va a dar paso al proceso de cambio hacia la integración escolar, se produce en 1982 con la aprobación de la LISMI que, aunque no es una ley educativa, tuvo una gran trascendencia y resonancia en este campo, pues desarrolló el artículo 49 de la Constitución, concretó los principios del Plan Nacional de la Educación Especial y tuvo en cuenta los principios de la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental de Naciones Unidas⁴⁵ y la Declaración de Derechos de los Minusválidos⁴⁶.

A partir de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI), se desarrollan las primeras normas sobre la integración escolar en España y se establece un sustancial cambio de enfoque, debido a que la educación especial deja de ser un subsistema diferenciado del resto del sistema educativo para entrar a formar parte del mismo.

Con la LODE, en 1985, se garantizó la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales en los centros sostenidos con fondos públicos, de manera que empezaba a desarrollarse eficazmente la idea integradora y el programa experimental de integración, primero en educación primaria y después en secundaria.

A lo largo de estos años siguieron funcionando los organismos que intervenían en la mejora de la situación de las personas con discapacidad; cabe destacar el *Real Patronato de Educación Especial*, que a partir de 1986 pasa a denominarse *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*, centrándose más en aspectos de tipo educativo y empiezan a funcionar organismos, como el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT).

⁴⁵ De 20 de diciembre de 1971.

⁴⁶ Aprobada por la Resolución 3447 de Naciones Unidas, de 9 de diciembre de 1975.

Con la LOGSE, publicada en 1990, en medio del proceso experimental de integración escolar, esta propuesta empieza a consolidarse. Los colectivos sociales relacionados con el campo de las personas con discapacidad daban por sentado que la integración escolar era ya un principio incuestionable que la LOGSE había reconocido, propiciando modelos educativos, organizativos y psicopedagógicos tendentes a conseguir una enseñanza que diera respuesta a toda la diversidad del alumnado y a favorecer actitudes normalizadoras en la comunidad educativa.

El cambio fundamental estribó en la introducción del concepto de necesidades educativas especiales en la legislación española, que partía de la premisa de que todo el alumnado, a lo largo de su escolaridad, podía precisar ayudas pedagógicas para conseguir los objetivos; estas ayudas podrían ir desde medidas ordinarias y puntuales, hasta el uso de servicios de tipo permanente. Así mismo, la educación especial dejó de centrarse en los déficits del alumnado, para fijarse en la escuela, que era la que debía diseñar la respuesta educativa adecuada para cada alumno. El aula ordinaria, los tutores y la adaptación del currículo se convirtieron en los ejes principales que permitían proporcionar dicha respuesta.

Con la LOPEGCE, en 1995, se dio por generalizada, definitivamente, la integración escolar, ya que la ley obligaba a todos los centros docentes sostenidos con fondos públicos a escolarizar a los alumnos con necesidades educativas especiales.

El mismo año se publicó el Real Decreto⁴⁷ que añadió a la idea anterior que no todas las necesidades educativas especiales son de la misma naturaleza, tienen un mismo origen o requieren, para ser atendidas, actuaciones y medios similares. Distinguió entre necesidades especiales temporales o transitorias y las de carácter estable o permanente a lo largo de la escolarización; entre el origen de las necesidades, que podía atribuirse a causas relacionadas con el contexto social o

⁴⁷ Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.

cultural, con la historia educativa y escolar de los alumnos o con las condiciones personales asociadas, bien a una sobredotación en cuanto a capacidades intelectuales, bien a una discapacidad psíquica, sensorial o motora o a trastornos graves de conducta.

Cabe resaltar la enorme influencia que tuvieron los movimientos sociales, tanto nacionales como internacionales, en el desarrollo de la legislación y en el posicionamiento de la sociedad. En 1990 se celebra en Tailandia la *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos*; en 1991, la Comisión de Desarrollo Social de Naciones Unidas aprueba las *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*; en el año 1992, el Consejo de Europa formula una Recomendación por la cual se decide hacer una política a favor de las personas con minusvalía; en 1993 nace, por acuerdo de las seis principales organizaciones nacionales de personas con discapacidad (COCEMFE, FEAPS, CNSE, FIAPAS, ASPACE y ONCE), el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), organismo que se convierte en el escenario donde se representa, se defiende y se actúa a favor del reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, con el objetivo de lograr la plena ciudadanía y la igualdad de oportunidades.

Con el nacimiento del siglo XXI, se crea, con naturaleza de organismo autónomo, el *Real Patronato sobre Discapacidad*⁴⁸, con objeto de que promueva la aplicación de ideales humanísticos, conocimientos científicos y desarrollos

⁴⁸ Por Real Decreto 46/2001, de 3 de agosto, se aprobó el Estatuto del Real Patronato sobre Discapacidad, que fue modificado por el Real Decreto 338/2004, de 27 de febrero. Sucede al Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías en el ejercicio de las funciones que éste venía desarrollando. Sus campos de intervención estarán enfocados a la prevención de deficiencias; las disciplinas y especialidades relacionadas con el diagnóstico, la rehabilitación e inserción social; y, la equiparación de oportunidades, la asistencia y la tutela. También se encargará de facilitar el intercambio y la colaboración entre las Administraciones públicas y entre éstas y el sector privado nacional e internacional; de prestar apoyos en materia de estudios, investigación y desarrollo; de transmitir información, documentación y formación; y, de emitir dictámenes técnicos y recomendaciones.

técnicos a favor del perfeccionamiento de las acciones públicas y privadas sobre discapacidad.

Paralelamente al desarrollo legislativo que ha ido generando el MEC, las diferentes comunidades autónomas van adoptando medidas significativas en beneficio de la normalización en los diferentes niveles educativos. Hasta el año 2000 no culmina el traspaso de competencias en educación, aunque algunas autonomías, como Cataluña o el País Vasco, las tenían ya desde comienzos de los 80; en ambas se pueden constatar políticas de actuación y experiencias significativas sobre la integración escolar, ricas en aportaciones que necesitarían un seguimiento pormenorizado y unos medios para poder abordarlas.

En 2002, el gobierno del Partido Popular, a los seis años de ocupar el poder, publica la LOCE⁴⁹ que respetó los logros alcanzados en la integración escolar y no modificó, en lo fundamental, la filosofía que la sustentaba. Si bien, introdujo algún cambio conceptual⁵⁰, mantuvo la máxima de que el alumnado tendría una atención especializada, con arreglo a los principios de no discriminación, normalización e integración y que dispondría de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos, con carácter general, para todos los alumnos.

Sin embargo, es cierto que frente al planteamiento de escuela comprensiva que defendió la LOGSE, según el cual todo el alumnado debía estudiar un programa común en la enseñanza obligatoria, aunque matizado con medidas de atención a la diversidad, la LOCE planteó, en la educación secundaria, un sistema basado en diferentes itinerarios adecuados a los conocimientos, intereses o motivaciones del alumnado. Este aspecto generó, *a priori*, una fuerte polémica y

⁴⁹ Ley 10/2002 de 23 de diciembre, de la Calidad de la Educación.

⁵⁰ Con el término de alumnos con necesidades educativas específicas denomina a aquellos que padecen desventajas socioculturales, a los extranjeros, a los superdotados intelectualmente y a los alumnos con necesidades educativas especiales, que son los que presentan discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales y con graves trastornos de la personalidad o de la conducta.

el rechazo social por parte de los sectores más progresistas que habían defendido una educación sin marginación y presentían que la LOCE podía establecer itinerarios para el alumnado más capaz e itinerarios para los alumnos con mayores dificultades; la realidad demostró que la situación del alumnado con necesidades educativas especiales no dio marcha atrás, pero tampoco generó ningún avance, ni propuestas innovadoras.

En septiembre de 2004, gobernando el Partido Socialista, el MEC presenta un documento, con la propuesta previa a la publicación de la última ley educativa: *Una educación de calidad para todos y entre todos* y la propone para el debate social. Los diferentes colectivos, representados por el CERMI, responden que tanto esta propuesta de ley como la LOCE hacen planteamientos ambiguos entre equidad y calidad y que todavía existen aspectos educativos sin resolver para alcanzar la verdadera inclusión, entendida como que todo el alumnado sea valorado y aceptado, reconociendo su singularidad y con posibilidades de participar en la escuela con arreglo a sus capacidades.

Sólo habían transcurrido cuatro años desde la LOCE, cuando se promulga, en 2006, la Ley Orgánica de Educación (LOE) que, en lo que respecta a la integración, no presenta diferencias significativas con respecto a las anteriores. Considera que para asumir la diversidad es preciso partir de una evaluación que no clasifique al alumnado de manera estigmatizante y definitoria, sino que describa las necesidades especiales y lo que se requiere para satisfacerlas; plantea que hay que atender al alumnado de forma específica desde el momento de la detección de sus necesidades o diferencias; indica que la escuela debe desarrollar situaciones de normalización e integración, en las cuales el reto es la respuesta educativa; y apunta hacia el concepto de inclusión, entendido como una escuela para todos, de autodeterminación y de calidad de vida, donde los sujetos excepcionales sean capaces de vivir desarrollando al máximo sus posibilidades.

El título II lo dedica a la *Equidad en la Educación*, y considera que el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo es aquel que requiere una atención educativa

diferente a la ordinaria por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, basada fundamentalmente en la necesidad de apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de su discapacidad, trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje, altas capacidades intelectuales, incorporación tardía al sistema educativo, condiciones personales desfavorecidas o historias escolares desajustadas.

La LOE plantea que los recursos serán los mismos para los centros públicos y concertados y garantiza la igualdad en las normas de admisión de alumnado para todos los centros. De esta forma, pretende dar respuesta al debate social, generado en los últimos años, que mantenía que el alumnado más difícil de atender se estaba escolarizando, mayoritariamente, en los centros públicos, al ser los que contaban con más recursos y los centros concertados se quedaban con el alumnado considerado élite o de mayor éxito académico⁵¹.

Determina medidas de carácter ordinario⁵² y extraordinario⁵³ para dar respuesta a la diversidad del alumnado escolarizado. La ley concede una importancia enorme a la detección, valoración, y conocimiento de las necesidades educativas especiales; a la coordinación de los centros de primaria con los de secundaria, para el tránsito del

⁵¹ La ley establece que las administraciones educativas fijarán la proporción de alumnos con necesidad específica de apoyo educativo en cada uno de los centros sostenidos con fondos públicos para garantizar el equilibrio de la distribución del alumnado. Asimismo, se recoge la obligatoriedad de mantener escolarizados a todos sus alumnos hasta el final de la enseñanza obligatoria (salvo cambio de centro pedido por los padres o por aplicación de alguno de los supuestos previstos en la normativa sobre derechos y deberes de los alumnos).

⁵² Tales como un proyecto educativo que plantee cómo atender a todos; el derecho a que el currículo sea adaptado a las necesidades especiales para conseguir las competencias básicas y los objetivos; la elección de materias optativas que sean más adecuadas a cada caso; y cambios metodológicos u organizativos: organización del profesorado de apoyo, agrupamientos flexibles, refuerzos, desdobles, etc.

⁵³ Tales como la repetición de curso y el establecimiento de programas de diversificación curricular o de cualificación profesional inicial, que consisten en una organización del currículo diferente con una metodología específica facilitadora de la consecución de objetivos y competencias básicas.

alumnado; a la participación de los padres, con información continuada de todas las decisiones relativas al desarrollo de la escolarización de sus hijos y a la formación permanente del profesorado.

A partir de esta norma básica, las comunidades autónomas organizan el campo de la educación con su propia normativa.

Junto a lo que ya hemos comentado, veamos de forma esquemática, los acontecimientos más significativos de la educación especial que se producen en nuestro país y los que más le influyen en este período.

Tabla nº 23: Desarrollo de la educación especial en España, desde la LGE hasta el momento actual

Acontecimientos más significativos	Año
- Proclamación de las Naciones Unidas del <i>Derecho de los Deficientes a la Educación</i> .	1971
- Las Federaciones de padres se movilizan en España y consiguen que el gobierno suscriba la <i>Declaración de Jerusalén</i> en el Marco de las Naciones Unidas.	
- Se celebra el <i>II Congreso Internacional para la Educación Especial</i> , en Madrid del 25 al 28 de junio.	1974
- Creación del INEE.	1975
- Muerte de Franco.	
- Creación del Real Patronato de Educación Especial.	1976
- El Rey confirma en su puesto al Presidente del Gobierno del régimen franquista, Carlos Arias Navarro, pero pronto se manifestó la dificultad de llevar a cabo reformas políticas, lo que produjo un distanciamiento entre ambos que llevó a la dimisión de Navarro que sería relevado por Adolfo Suárez, quien se encargó de las conversaciones con los principales líderes de los partidos políticos y fuerzas sociales, más o menos legales, para instaurar un régimen democrático en España.	
- Se constituye la <i>Comisión Especial de los Problemas de Disminuidos Físicos y Mentales</i> , en el seno del Congreso de los Diputados.	1977
- Se regula la organización, con carácter experimental, del Servicio Provincial de Orientación Escolar y Vocacional para alumnos de EGB (solo en algunas provincias).	
- Constitución Española: fuerte impulso de respeto y	1978

reconocimiento de derechos a las personas con algún tipo de discapacidad; establece que los poderes públicos realizarán una política de apoyo a estos y los amparará para el disfrute de los mismos derechos que al resto de los ciudadanos.	
- Durante 1978/79 el MEC convocó 54 cursos de PT y 15 de AL para el personal en ejercicio.	
- El <i>Real Patronato de Educación Especial</i> pasa a ser el <i>Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes</i> .	
- Se publica el <i>Plan Nacional de EE</i> que señala los principios de integración, normalización, individualización y sectorización.	1979
- Se celebra el <i>VI Congreso Nacional de Psicología</i> , en Pamplona, en el que se abordan temas relacionados con la EE.	
- La Universidad crea la especialidad de Educación Especial dentro de la carrera de Pedagogía.	1980
- La organización mundial <i>Rehabilitación Internacional</i> publica la <i>Carta⁵⁴ para los años ochenta</i> , declaración en la que se señalan los aspectos más importantes y consensuados en relación a las personas con discapacidad tales como la igualdad y la plena participación en cualquier lugar del mundo.	
- Se publica la LISMI.	1982
- El PSOE sucedió a la UCD tras obtener mayoría absoluta en las elecciones generales, ocupando 202 de los 350 escaños, y comenzando así la II Legislatura. Por primera vez desde las elecciones generales de 1936, un partido de izquierdas o progresista iba a formar gobierno.	
- Se celebra el <i>VII Congreso Nacional de Psicología</i> , en Santiago de Compostela donde se trabajan aspectos concretos de la EE como <i>La problemática de la deficiencia mental</i> .	
- Se publica el RD de ordenación de la EE.	
- Se publica la LODE.	1985
- Se publica el segundo RD de ordenación de la EE.	
- Empiezan a publicarse las primeras OO.MM. sobre la implantación de la IE.	
- Creación del Centro Nacional de Recursos de la Educación Especial.	1986
- Se publica la LOGSE	1990
- El alumnado que había sido escolarizado en el programa de IE el primer año, se incorpora ya al ciclo superior de EGB.	
- Se convoca la integración experimental para que esta empiece en el curso 1992/93 en la secundaria.	
- Último año en que se convoca a los centros de secundaria para que se acojan a la integración escolar en su fase experimental.	1993

⁵⁴ Ver en el anexo del CD.

- Se publica el RD de atención al alumnado con necesidades educativas especiales.	
- Se publican dos ÓO.MM. sobre la evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales.	1996
- Se publica la LOCE	2002
- Se publica la LOE	2006

En los últimos años, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica, en 2011, se plantea la *Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020*, cuyo objetivo responde al intento de convertirse en una serie de compromisos y propuestas basadas en recomendaciones⁵⁵ de Organismos Internacionales que velan por mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y la aplicación justa y en toda su extensión de la legislación en vigor. Esta *Estrategia* pretende ser la directriz, a largo plazo, que sirva de referencia y señale el itinerario de la política pública en estos años. Se desarrollará en dos planes de acción, uno de 2012/15 y otro de 2016/20 en los que participarán todas las administraciones.

También, en 2011, se publicaron una ley⁵⁶ y un Real Decreto⁵⁷ para la adaptación normativa a la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, con los que una gran cantidad de leyes españolas fueron adaptadas a la *Convención*.

A nivel europeo, destacan la Recomendación⁵⁸ del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el *Plan de*

⁵⁵ Entre las recomendaciones destacan: Diferentes resoluciones de la Asamblea General en aplicación del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad; Resoluciones del Consejo de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de la ONU; y, los Objetivos del Milenio, que señalan la necesidad de incluir a las personas con discapacidad en las medidas de erradicación de la pobreza y en la educación.

⁵⁶ Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

⁵⁷ Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

⁵⁸ Rec. (2006) 5.

Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015 y la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras, que mantienen la línea de vida independiente para todos.

2.3. MODELOS DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Si en el apartado anterior hemos hecho un pequeño repaso al origen y tratamiento dado a los sujetos con discapacidad, a través de la historia, parece pertinente realizar, a continuación, un análisis de los diferentes modelos en los que se han sustentado dichos tratamientos. Esto nos ayudará a comprender la filosofía de la educación especial, la integración y la inclusión educativa desde una perspectiva histórica y a profundizar en las claves que han ido gestando los cambios que estudiamos en esta tesis.

Entendemos por modelo, el perfil que indica el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervención (Bisquerra, 1998), y también como la manera de caracterizar, comprender y dar sentido al complejo entramado de papeles, funciones y tareas realizadas por los sistemas de apoyo (Arancibia y Guarro, 1999).

Como ya hemos visto, las personas con discapacidad en la antigüedad estaban muy mal consideradas, por lo que durante muchos años fueron maltratadas, perseguidas, encarceladas e incluso, eliminadas, para salvaguardar a la sociedad del supuesto peligro potencial que estos individuos encerraban en sí mismos. Con el devenir de los siglos, pasada la Edad Media, la visión de estas personas se fue humanizando poco a poco y empezaron a verse como seres inocentes que debían ser cuidados y atendidos pues, en su gran mayoría, se les veía sin capacidad de decisión. La respuesta que recibían era completamente asistencial.

Estos planteamientos se aplicaban, básicamente, a las personas con discapacidad intelectual, ya que las personas sordas, a partir del siglo XVI, o ciegas, a partir del siglo XVIII, empezaron a ser atendidas desde un punto de vista educativo, facilitando, al menos, las posibilidades de comunicación a los sordos y el acceso a la lectoescritura a los ciegos.

A finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, los enfoques han evolucionado primero, al ser objeto de estudio médico, psicológico y pedagógico; después, de protección y tutela; y, por último, de previsión socio-sanitaria. En la segunda mitad del siglo XX, al haber salido a la luz diferentes investigaciones sobre la discapacidad, se dan por superados los modelos meramente asistenciales y empiezan a tener mayor entidad los educativos.

2.3.1. Clasificación de los modelos en educación especial

Puig de la Bellacasa (1990b), clasifica los modelos, en función de la evolución de la mentalidad social y señala tres: el modelo tradicional, asociado a una visión de castigo divino; el modelo de la rehabilitación, basado en la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto, y el modelo de la autonomía personal, sustentado en la búsqueda de una vida independiente.

El mundo de la discapacidad se ha estado apoyando, básicamente, en la medicina; por eso, el modelo médico, durante mucho tiempo, ha sido el más utilizado. Éste considera la enfermedad como un conjunto de síntomas (síndrome) que responden a una etiología o causa, que una vez hallada o diagnosticada, permite la aplicación de un tratamiento para aminorar los síntomas.

Marchesi y Martín (1990) creen que el modelo médico, que consideraba a las personas con discapacidad como enfermas, aplicándoles tratamientos esencialmente farmacológicos, se empieza a resquebrajar como consecuencia de la pugna que surge entre este modelo y las incipientes propuestas pedagógicas. Así, se inicia un rodaje desde el campo de la medicina hacia un modelo psicológico y educativo

y, en consecuencia, la atención se desplaza hacia la promoción de aptitudes encaminadas al éxito escolar.

Estos cambios inciden en el campo de la psicología, donde los diagnósticos evolucionan desde el uso de tests de tipo psicométrico, a tests con referencia a criterios, que permitían la observación de tareas específicas, sociales y académicas y empiezan a contemplar aspectos escolares que determinaban a los alumnos con necesidades especiales.

Marchesi y Martín (1990) consideran que en este modelo psicológico, existía otro, con un marcado carácter conductista, sustentado científicamente en la psicología del aprendizaje, cuyos objetivos fundamentales consistían en la adquisición del lenguaje y la eliminación de comportamientos no deseables. Era un modelo basado en la aplicación de técnicas de modificación de conducta con la finalidad de introducir una serie de cambios en los alumnos que derivaran en la mejora de sus comportamientos y, especialmente, en la eliminación de conductas autolesivas.

Por otra parte, Casado Pérez enuncia cuatro modelos:

El de integración utilitaria por el que se acepta a los sujetos con resignación; el de exclusión aniquiladora que encierra u oculta en casa a la persona; el de atención especializada y tecnificada, en el que dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios; y el de accesibilidad, basado en el principio de normalización, donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás (Casado, 1991:42).

Según Sánchez Manzano (1994), debido al carácter complejo de las dicotomías en las que se asienta la discapacidad, tales como la salud *versus* enfermedad y la normalidad *versus* anormalidad, se han generado diferentes modelos, sustentados en bases y criterios distintos y, como consecuencia, empleando intervenciones variadas. Entre ellos, cabe mencionar el biomédico y el psicológico desde su vertiente conductual o cognitiva humanista y sociocultural.

En resumen, podríamos organizar los modelos más significativos en el campo de la discapacidad, en función de los aspectos fundamentales que los orientan y en los que se basan:

a) **El modelo cognitivo**, se basa en la psicología cognitiva y en los planteamientos del procesamiento de la información; analiza cómo se organiza el pensamiento y cómo cognitivamente se representa, maneja u obtiene información para dar las respuestas que no se conocen *a priori*. Los déficits ponen de manifiesto la ausencia de información o de los procesos que actúan sobre la misma.

b) **El modelo humanista** se basa en la filosofía fenomenológica y existencial en la que lo importante son los procesos conscientes, los sentimientos y las actitudes de cada uno hacia sí mismo y hacia los demás.

c) **El modelo sociocultural** determina que la enfermedad viene definida por la propia sociedad que, en un determinado momento histórico, delimita quienes son los sujetos con discapacidad, apoyándose en sus estructuras sociales básicas como la escolarización, la prestación de servicios, etc.

d) **El modelo psicopedagógico** se centra en el ámbito educativo y se caracteriza por la no culpabilización del alumnado con discapacidad y señalar a la escuela como la responsable de proporcionar una respuesta educativa ajustada a cada situación. La función del orientador es generalmente indirecta y actúa por programas, preferentemente de forma grupal haciendo una intervención interna y proactiva.

Este modelo propugna la provisión de recursos humanos y materiales para dar respuesta a las diferentes necesidades educativas que plantean los alumnos. No debería recurrir al diagnóstico clínico, propio de otros enfoques, pero la realidad del día a día hace que se siga utilizando con objeto de obtener datos censales que justifiquen la provisión de recursos y para que los docentes justifiquen por qué no aprenden ciertos alumnos o los padres entiendan qué les pasa a sus hijos. Desde la LOGSE, es

el modelo en el que se basa el sistema de orientación de nuestro sistema educativo.

e) **El modelo prevalente** se basa en la rehabilitación de las personas; considera que el problema y las dificultades son del individuo, quien, por tanto, necesita rehabilitación y busca asistencia como alternativa a la curación; pero esta rehabilitación, aunque implica situaciones de rechazo, deriva a situaciones de protección y dependencia, ya que no es el sujeto con discapacidad el que organiza su proceso rehabilitador, ni el que valora sus logros, ni el que establece el seguimiento, simplemente es el paciente. El rechazo a este enfoque por movimientos de personas con discapacidad física, ha originado el movimiento de *Vida Independiente o Autonomía Personal*⁵⁹ (Verdugo, 1995).

f) **El modelo de calidad de vida** pone el énfasis no en el déficit de la persona desde el punto de vista patológico, sino en las habilidades que posee y en los apoyos que necesita para participar activamente en la sociedad. En este modelo, la familia, que es la principal fuente de apoyos, cobra una especial relevancia.

La calidad de vida supone dar un paso más en el concepto de integración y normalización.

A la hora de evaluar o valorar los resultados de los programas emprendidos hemos de preguntar no si un individuo está integrado "en" una comunidad, sino en qué medida "es" de la comunidad (pertenece a ella). Eso significa medir la calidad de las relaciones interpersonales con otros dentro de la comunidad. El concepto de calidad de vida tiene una pluralidad de significados entre los cuales no hay que olvidar la propia percepción que tiene el sujeto sobre su propia vida (Verdugo, 2004:4).

⁵⁹ Este movimiento nace en la Universidad de California, Berkeley, cuando E. Roberts comienza sus estudios de Ciencias Políticas y supera todos los impedimentos que le puso la sociedad para cursar estudios debido a su discapacidad. Esto impulsó el movimiento por la vida independiente que se basaba en la igualdad de participación activa en la sociedad y la eliminación de barreras. Los impulsores del movimiento en Europa incluían la necesidad de la participación del Estado como garante de igualdad.

g) **El modelo de vida independiente** implica la autogestión en un contexto de diversidad funcional⁶⁰, es decir, supone el derecho de ejercer el poder de decisión sobre sí mismos de las personas con discapacidad y de participar activamente en la vida de su comunidad, bajo los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación. De esta manera, la responsabilidad deja de ser del individuo y se traslada a la sociedad que es la que tiene el compromiso de trabajar por un modelo de atención a las necesidades más justo y respetuoso con la voluntad de la persona con discapacidad. Autores más recientes, como Romañach y Lobato (2005), Palacios y Romañach (2006), Jiménez Lara (2007) y Rodríguez y Ferreira (2008) consideran que este modelo entiende que cada individuo tiene unas necesidades específicas (Jiménez y Huete, 2010).

h) **El modelo bio-psico-social o de integración** es el que coordina los planteamientos médicos, psicológicos y sociales y conjuga todos los aspectos necesarios de un modelo completo (Verdugo, 2003). Considera complementarios los aspectos personales y la participación en la sociedad y es complejo pues supone la integración de medidas dirigidas directamente al individuo y a la vida social en la que está inmerso. En este modelo, tanto la persona con discapacidad como la sociedad deben encontrar la forma de relacionarse. Este modelo integrador es el que ha inspirado la CIF, que veremos más adelante, de la Organización Mundial de la Salud.

2.3.2 Evolución de los diferentes modelos

Podríamos decir que, en la actualidad, coexisten de forma ecléctica, muchos de los principios contemplados en los modelos mencionados, pues, por un lado, se considera a las personas con discapacidad y se contempla el nuevo concepto de diversidad funcional y, por otro, se consideran

⁶⁰ Este término lo propuso, en 2005, el Foro de Vida Independiente; pretende sustituir a los términos mal sonantes como discapacidad o minusvalía. En España, lo emplean los afectados.

fundamentales los recursos y las actuaciones que es preciso desenvolver (Pantano, 2009).

En base a lo expuesto anteriormente y siguiendo a Jiménez y Huete (2010), se presenta una síntesis de las características de los modelos más significativos y el paradigma sobre el que se apoyan.

Tabla nº 24: Modelos teóricos de base que han generado diferentes enfoques de la discapacidad

Paradigmas	Características
Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> - Inferioridad, sometimiento, marginación y rechazo. - La discapacidad se relaciona con elementos míticos. - Las respuestas sociales son para esconder los comportamientos anormales.
Médico o Rehabilitador	<ul style="list-style-type: none"> - La discapacidad es de carácter biológico y el problema se centra en deficiencias y dificultades del individuo. - Las respuestas sociales se basan en la rehabilitación. - Las personas con discapacidad son el objeto pasivo de las actuaciones que programan los técnicos sin tener en cuenta ni sus preferencias ni sus deseos.
Educativo psico-pedagógico	<ul style="list-style-type: none"> - Propugna la provisión de recursos humanos y materiales para dar respuesta a las diferentes necesidades educativas que planteen los alumnos. - El problema no es el alumno. - Los centros educativos tienen el reto de dar la respuesta educativa ajustada a las necesidades de cada alumno.
Social, de autonomía personal o vida Independiente	<ul style="list-style-type: none"> - La discapacidad se ubica en la sociedad, no en el individuo. - Las respuestas sociales buscan la igualdad de oportunidades, la no discriminación, la eliminación de barreras para la participación, etc. - Participación plena de las personas con discapacidad en educación, en empleo y en vida ciudadana. - Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que el resto de las personas.
Bio-psico-social o de integración	<ul style="list-style-type: none"> - Distingue entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. - Completa los modelos rehabilitadores y de autonomía personal.

Diversidad Humana

- Se basa en la necesidad tener en cuenta y de distinguir la especificidad de cada individuo, como estrategia necesaria para identificar adecuadamente sus necesidades y poder canalizar la respuesta adecuada a las mismas.

La influencia de todos estos enfoques se ha ido reflejando en el campo educativo, generando un cuerpo legislativo específico y determinados posicionamientos en los agentes sociales y educativos que veremos con mayor detenimiento en el desarrollo de la tesis.

2.3.3. Modelos en el campo de educativo. Concepto de integración escolar

Si en el apartado anterior aludimos a los modelos existentes en el campo de la educación especial, en éste nos centramos también en lo educativo pero determinado por la idiosincrasia política y social de cada época.

El mundo educativo no ha estado ajeno a la necesidad de clasificar al alumnado con discapacidad. La idea básica que, generalmente, ha prevalecido ha sido la de determinar lo que es normal y lo que se separa de la norma o es anormal. Las primeras taxonomías escolares han utilizado la medición como recurso para el conocimiento del alumnado, configurando así dos grandes categorías:

- a) La de los alumnos normales, en la que se ha considerado a todos aquellos que tenían conductas normales, que se adaptaban con naturalidad al sistema educativo ordinario, que realizaban los aprendizajes de manera progresiva y que eran escolarizados, por tanto, dentro del sistema ordinario.
- b) La de los alumnos no normales o *anormales* en la que se consideraba a aquellos que no eran capaces de seguir con aprovechamiento el sistema educativo ordinario y tenían, por consiguiente, que recibir una educación diferente en centros específicos de educación especial.

Una vez que este doble planteamiento fue admitido como aspecto básico de una estructura educativa dual, se dio un paso más al comprobar la necesidad de crear centros docentes especializados según la clasificación del déficit. Así, nacen los centros para *sordos, ciegos, parálíticos cerebrales o deficientes mentales*, que eran la respuesta a un planteamiento basado en el déficit que etiqueta y clasifica a los sujetos, apoyándose en criterios innatos, médicos y biológicos.

Este modelo educativo, conocido como modelo del déficit o modelo privativo-negativo y determinista, parte de presupuestos teórico-prácticos basados en que el origen de la deficiencia es orgánico y se fundamenta en un determinismo científico de causa-efecto. En esta concepción de la deficiencia, lo significativo es aquello que el alumno no sabe hacer, no se tiene en cuenta lo que realmente sabe y puede hacer y desestima los efectos de un ambiente motivador en el desarrollo del individuo. Considera al alumno como el propio causante y culpable de su déficit (López Melero, 1996; Porrás Vallejo, 1998; Arnaiz, 1999).

La consecuencia de este modelo es que genera la necesidad de hacer clasificaciones lo más homogéneas posible de las patologías: *deficiencia sensorial, parálítico cerebral, deficiencia mental*, etc. Este etiquetado del alumnado conduce inexorablemente a una práctica educativa segregadora, bajo los principios de una atención y rehabilitación más acorde para cada situación. Señala los límites que cada alumno posee, basándose en parámetros como, por ejemplo el CI, que aportan resultados inamovibles, generan bajas expectativas en el profesorado, en los padres y en los propios alumnos y justifican la dependencia de los mismos hacia los adultos (Wang, 1995).

Tales premisas, acompañadas de un sistema educativo clásico, condicionado a la transmisión de conocimientos, han generado que, para poder dar una respuesta educativa ajustada, sean necesarios recursos y profesores especializados. Así surgió la necesidad de maestros de pedagogía terapéutica y audición y lenguaje, para desempeñar

el papel de responsables del alumnado al que hay que apoyar para paliar sus déficits.

La práctica educativa centrada exclusivamente en este modelo puede derivar en errores y consecuencias, como llevar a extremos la individualidad del ser humano, haciendo que lo interpersonal quede diluido por el peso de la diferencia; girar toda la concepción educativa en torno a lo normal y lo anormal; descontextualizar al individuo de su entorno y desatender el carácter multidisciplinar e interdisciplinar del fenómeno educativo (López Melero, 1996).

El siguiente paso, en el camino que conduce hacia el reconocimiento de los derechos del alumnado con discapacidad, se produce a través del modelo psicopedagógico que, como ya se ha visto, es el que tenemos asumido en nuestro país desde la LOGSE. En este paradigma se considera que el diagnóstico del alumno debe servir para determinar sus necesidades educativas especiales, sin importar qué etiqueta se le haya dado, sino las necesidades que su educación y formación generen en la escuela.

Desde la óptica educativa, durante mucho tiempo la atención ha estado basada en la deficiencia, que es lo que genuinamente aporta el individuo. Ahora⁶¹ se comienza a postular que el punto de mira debe estar en la respuesta que la sociedad y el sistema educativo dan a las deficiencias. La discapacidad y la minusvalía son añadidos sociales que serán más o menos relevantes y discriminatorios, en función de la respuesta social. (Porrás Vallejo, 1998:121)

Resulta evidente en esta definición que en el significado de deficiencia ha prevalecido el enfoque clínico y psicológico. En cambio, el modelo psicopedagógico se cuestiona si las dificultades de aprendizaje no dependen tanto, del sujeto como del entorno que lo rodea. Esta posibilidad ha ido cristalizando en el concepto de necesidades educativas especiales que la LOGSE introdujo por primera vez en la legislación española.

⁶¹ Se refiere a los años 85/90

El concepto de *necesidades educativas especiales* parte de la premisa de que todo el alumnado, a lo largo de su escolaridad, puede precisar ayudas pedagógicas para conseguir los objetivos; estas ayudas van desde medidas ordinarias y puntuales, hasta la necesidad de servicios de tipo permanente. Desde esta perspectiva, la educación especial deja de centrarse en los déficits del alumnado, para fijarse en la escuela, que es la que debe diseñar la respuesta adecuada para cada alumno; en consecuencia, se van eliminando, paulatinamente, una serie de términos peyorativos al uso (*deficiente, disminuido, inadaptado, discapacitado o minusválido...*) que etiquetaban lo que el alumnado no era capaz de hacer.

Esta filosofía implica no lesionar el auto concepto del sujeto e incide en que las dificultades no siempre dependen de la persona, sino que variables del contexto educativo y social también tienen un peso específico; en definitiva, lo que subyace es que los objetivos a alcanzar con este alumnado son los mismos que los del resto, siendo la enseñanza la que debía adecuarse a las capacidades de cada persona. Bajo esta perspectiva, los ejes primordiales que permiten dar una respuesta educativa de calidad son el aula ordinaria, los tutores y la adaptación del currículo. Y los padres adquieren una enorme participación en la toma de decisiones.

A pesar de esta línea que la legislación intenta transmitir, el MEC señalaba en la *Caja Roja de Orientación y tutoría*:

El uso del concepto de necesidades educativas especiales no está exento del riesgo de reproducir algunos de los problemas anteriores (que vuelva a ser, por ejemplo, una etiqueta con connotaciones negativas), ni está libre de limitaciones. Intenta resaltar las preocupaciones educativas por encima de cualesquiera otras (...) que, al tener que traducirse en las ayudas pedagógicas que los alumnos precisan, compromete al profesorado y a los servicios de apoyo (...), pero comporta una cierta ambigüedad, ya que no es posible delimitar con antelación quién tiene o no realmente necesidad de medidas educativas extraordinarias. (MEC, 1992: 43)

El modelo psicopedagógico estaba en marcha lo que se evidenciaba en el hecho de que la actitud social parecía que estaba evolucionado favorablemente, no se observaba rechazo hacia la integración escolar y se apreciaba aceptación de los principios normalizadores, inclusivos y de respeto a la diversidad, aunque con cierta dificultad para ponerlos en práctica en el contexto del sistema educativo (Sanz del Río, 1995).

Además, se introdujeron otras modificaciones en el modelo que adquirió así un compromiso de compensación de desigualdades y erigió el principio de atención a la diversidad de intereses, de capacidades y de motivaciones del alumnado como uno de los ejes rectores de la acción educativa.

La tendencia hacia la integración escolar debería haber ido diluyendo la necesidad de clasificación, sin embargo, la realidad práctica nos fue demostrando que el planteamiento no resultaba tan claro pues se constataba cómo diferentes comunidades autónomas elaboraban sus propias taxonomías justificadas con el objetivo de tener datos estadísticos fiables de los alumnos con discapacidad escolarizados⁶². Por lo que el modelo psicopedagógico nunca se ha desarrollado con pureza, introduciendo en el mismo las clasificaciones propias de los modelos médicos y, sobre todo, psicológicos.

Una vez generalizada la integración, observamos que el modelo educativo en el que se fundamentó la LOCE y, posteriormente, la LOE, continuó siendo prácticamente el mismo y aunque nos encontramos en los momentos actuales hablando de inclusión educativa, hay quienes consideran que para alcanzarla queda mucho por hacer.

⁶² Véase, por ejemplo, los grupos clasificatorios en Castilla y León, según la Instrucción Conjunta, de 7 de enero de 2009, de las Direcciones Generales de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa y de Calidad, Innovación y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León: 1. ACNEE: Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. 2. Retraso Madurativo. 3. ANCE: Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa. 4. Altas Capacidades Intelectuales. 5. Alteraciones de la Comunicación y del Lenguaje. 6. Dificultades Específicas de Aprendizaje. 7. Capacidad Intelectual Límite

El desarrollo de la inclusión educativa exige un análisis constante de las prácticas educativas y de los procesos de cambio escolar. Hasta ahora, en España, los cambios escolares que exige una educación inclusiva se han desarrollado de manera desigual y sin un avance sostenido de los mismos. Tras los importantes cambios que se produjeron desde la mitad de los años ochenta hasta la mitad de los noventa, ha habido otra década posterior en la cual lo característico ha sido la falta de iniciativas sólidas dirigidas a conocer y evaluar lo que estaba ocurriendo, así como han sido escasas y con frecuencia simbólicas las propuestas dirigidas a promover avances y mejoras para superar las dificultades encontradas. (Verdugo y Parrilla, 2009:15).

A continuación veremos un resumen de cómo se están fraguando los modelos educativos que van a culminar con la integración escolar y cómo se percibía la educación especial, a partir de los años 70.

Tabla nº 25: Características del modelo de educación especial a partir de los años 70

Aspectos	Características
Trastornos de desarrollo y deficiencia	Se dejan de considerar los factores innatos y la ausencia de curación para tener en cuenta los factores ambientales que se consideran determinantes y la propuesta de una respuesta educativa acorde a las necesidades del alumno.
Perspectiva del aprendizaje	Se tienen en cuenta los procesos de aprendizaje y las dificultades que, en dichos procesos, encuentran los alumnos. Se plantea que el aprendizaje es causa y consecuencia del desarrollo, ya que nuevos aprendizajes determinan un mayor desarrollo y viceversa.
Métodos de evaluación	Desarrollo de los métodos de evaluación centrados en los procesos de aprendizaje para determinar las ayudas necesarias para aprender más y mejor y no en la descripción las características propias de la deficiencia. Es decir, se pasa de una evaluación centrada en el diagnóstico a una evaluación entendida como regulación del aprendizaje.

Cualificación de profesionales	Los profesionales cada vez están más cualificados y empiezan a plantear las limitaciones tanto del sistema educativo ordinario como del especial.
Escuela comprensiva	Se escuchan las primeras corrientes europeas basadas en la escuela comprensiva, frente a la escuela elitista y selectiva.
Fronteras deficiencia-normalidad	Los nuevos diagnósticos cuestionan la barrera entre la escolarización ordinaria y de centros específicos, como consecuencia de que no están muy claras las demarcaciones entre normalidad y discapacidad.
Corrientes y experiencias en educación especial	Existe ya una corriente normalizadora en los servicios sociales de los países desarrollados, que provoca el acercamiento a los ciudadanos de la atención médica, psicológica, educativa, etc. Y empiezan las primeras experiencias de integración escolar.
Postura de la sociedad	Comienzan a reconocerse derechos civiles y planteamientos no segregadores.
Limitaciones	Existen dificultades de integración social después de la escolarización.

Cada uno de estos aspectos y características nos indican el camino hacia un cambio significativo en la manera de entender y concretar la atención educativa a los niños y jóvenes con discapacidad que se iba fraguando paulatinamente. Lo más evidente es que se empieza a cuestionar la validez de la atención fuera del sistema educativo ordinario; los argumentos de tipo médico-psicológicos dejan de ser consistentes; los modelos sociológicos que habían preconizado la separación y el aislamiento de las personas con discapacidad, como una forma de protección a la sociedad, se van desterrando; y se empieza a despertar con fuerza una línea crítica sobre la educación especial segregada.

2.4. RECORRIDO CONCEPTUAL DEL MUNDO DE LA DISCAPACIDAD

La línea conceptual que ha recorrido el mundo de la discapacidad, basada en la aplicación de diferentes modelos, queda reflejada, en el siguiente cuadro.



Gráfico nº 10: Recorrido conceptual

2.4.1. Taxonomías de la educación especial

A lo largo de los tiempos no ha habido un acuerdo claro para que todos entendamos lo mismo por discapacidad, los términos empleados para designar a las personas tienen un claro paralelismo con el modelo que los sustenta, la concepción o la actitud que se tenga. La atención a las personas con discapacidad no es una mera cuestión terminológica ya que con un análisis frívolo y simplista veríamos que han cambiado los términos, pero, en realidad, es muy posible que todo continúe igual. Muchos de los términos que se emplean son representativos de modelos ya superados (médicos, psicológicos, educativos o sociales) pero siguen utilizándose por profesionales con escasa formación en el ámbito de las personas con discapacidad. (Verdugo, 1995; Salvador, 2001).

Los términos utilizados para referirse a las personas con discapacidad han tenido una constante evolución debida al progreso de los diferentes modelos y formas de tratamiento. Revisando la abundante bibliografía publicada al respecto, podemos observar que la terminología utilizada es compleja y confusa, por lo que resulta difícil encontrar en la literatura al uso, un término general y útil para todos. Las diferentes denominaciones de la discapacidad que han ido apareciendo a lo largo del tiempo, han ido cayendo, paulatinamente, en connotaciones peyorativas y se han ido sustituyendo por otros términos más amables.

En el siguiente cuadro se recoge, *grosso modo*, la terminología utilizada a lo largo de los dos últimos siglos.

Tabla nº 26: Terminología a lo largo de la historia de la educación especial

1886	1945	1962	1981	1990/2000
Idiota Imbécil	Subnormal profundo	Subnorm. profundo	Deficiencia: -intelectual -física -motora	Deficiencia Discapacidad
1889	Ciego Sordo	Audición Parcial	Dificultades Neurologic.:	Minusvalía
Idiota Imbécil	Vista parcial	Psicópata	-parálisis cerebral, -espina bífida...	Necesidades educati-vas espe-ciales
Ciego Sordo	Sordera parcial	1970	Epilepsia	
Epilép-tico	Epiléptico	Subnorm. profundo	Dif. Audic.:	
Deficien-te	Subnor- mal educable	Ciego Sordo	-Sordos -Au. parcial	
1913		Vista parcial		

La integración escolar: nacimiento, experimentación y generalización (1970/1995). Su implementación en la provincia de Valladolid.

Idiota Imbécil	Inadap- tado	Sordera parcial	Dif.visión: -Ciegos -Vista parcial	
Ciego Sordo	Deficien-te físico	Epiléptico	Autistas	
Epilép-tico	Retrasa- do en el habla	Subnorm. educable	Problemas aprendizaje	
Débil Mental	Delicado	Inadaptad	Problemas conducta	
	Diabéti-co	Retrasa-do en El habla	Superdo- tados	
		Delicado		

Fuente: Sánchez Manzano, 1994:40. Adaptación de la tabla de Tomlinson (1982). Ampliación de la tabla: Romero, C.)

Uno de los términos que más se han empleado, tanto a escala nacional como internacional, en opinión de Sánchez Manzano (1994), es el de *disminuido* (OMS, 1962) y, posteriormente, el de *inadaptado*, que vino a sustituir en buena medida al anterior.

Un término que se generalizó, en base a la definición dada por la UNESCO en 1977, fue el de *minusválido*, cuyo uso llegó a ser recomendado por la Comunidad Europea. La clasificación de la UNESCO estaba basada en los diagnósticos clínicos y delimitaba las siguientes minusvalías:

- Sujetos con déficit físico visual, auditivo o motórico.
- Sujetos con déficit intelectual.
- Sujetos con problemas de conducta.
- Sujetos con trastornos de aprendizaje y patologías específicas del lenguaje hablado.
- Sujetos socialmente inadaptados.
- Sujetos talentosos y superdotados.

Pero fue en 1978, a raíz del Informe Warnock, cuando se empezó a generalizar la expresión anglosajona de *sujeto*

excepcional, que abarcaba también a las personas superdotadas.

2.4.2. Nuevas corrientes taxonómicas

Algunos autores⁶³ se manifestaron en contra de las categorizaciones de las personas argumentando que éstas no son de utilidad, ya que varían al cambiar los contextos en los que se desenvuelven los sujetos; lo mismo sucede con los grados de cada categoría, que varían sustancialmente de los más suaves a los más fuertes, con lo que las respuestas de los sujetos son también muy diferentes.

La conceptualización de las personas con discapacidad depende de los ámbitos profesionales pues cada uno de ellos ha ido generando su propia terminología; las culturas más significativas son la de los servicios sociales, la de la salud y la de la educación (Verdugo, 1995).

En el ámbito de la salud y de los servicios sociales se han adoptado la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM) de la OMS y el *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad* (PAMPD) de la ONU.

La OMS publicó⁶⁴, en 1980, la CIDDM y, lógicamente, no fue ajena al problema terminológico y a que sus usos acababan degradados y utilizados como insultos. La OMS intentó aclarar conceptos que hasta ese momento se confundían y las definiciones que elaboró se mantienen hasta nuestros días:

- a) *Deficiencia*: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Estas pérdidas o anomalías

⁶³ Epps y Tindall (1987) y Gelb y Mizokawa (1986).

⁶⁴ Se tradujo a 14 idiomas y la versión española se publicó en 1983 por el Ministerio de Servicios Sociales. Desde el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía fue considerada poco afortunada en cuanto a la traducción de los conceptos (Casado, 1990).

pueden ser temporales o permanentes, y entre ellas, se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. Podríamos decir que es la lesión.

- b) *Discapacidad*: es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento de una actividad normal, de carácter temporal o permanente, reversible o irreversible y progresivo o regresivo. Podríamos decir que son las limitaciones que crea la lesión.
- c) *Minusvalía*: es una situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol normal, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. La minusvalía hace visibles las limitaciones en el ámbito social.

Las pretensiones básicas de esta clasificación fueron mantener la neutralidad ideológica y evitar la sustantivación de situaciones adjetivas para que la persona no se identificase con la situación limitante. La manera de lograrlo era anteponer siempre el *persona con*, para señalar primero el dato de individualidad y, solo en segundo lugar, la descripción de su circunstancia personal⁶⁵.

Aunque la CIDDM, intentó que sus términos no tuvieran connotaciones negativas, algunos colectivos los rechazaron pues argumentaban que se enumeraban situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja. Esta perspectiva se ha revisado en diferentes ocasiones como vamos a ir viendo a continuación.

⁶⁵ Empezaron a estar mal vistas denominaciones como *el sordo* o *el motórico*, modificándose por *la persona con dificultades de audición*, o *el alumno con problemas motores*.

En 1983, la ONU publicó⁶⁶ la terminología PAMPD, que conservaba, básicamente, la de la OMS. Su línea indicaba que:

... para lograr la participación e igualdad plena, no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia las personas con discapacidad; la experiencia ha demostrado que es en gran parte el medio el que determina el efecto de una deficiencia o incapacidad sobre la vida diaria de la persona. (Programa de Acción de las Naciones Unidas, 1982).

En base a esta idea, se defendieron las medidas encaminadas a proporcionar apoyos complementarios, tales como ayudas técnicas o servicios que facilitasen una vida lo más normalizada posible. La perspectiva de la PAMPD era de *tipo ambientalista* y su estrategia era la lucha contra la discriminación y la búsqueda de la accesibilidad total. El marco conceptual en el que se desarrollaban las estrategias de intervención se basaba en los conceptos de:

- a) *Prevención*, con el significado de adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales, negativas.
- b) *Rehabilitación*, como proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.
- c) *Equiparación de oportunidades*, como el proceso mediante el cual el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, el deporte y el

⁶⁶ La versión española la edita el Real Patronato de Prevención y Atención a las Personas con Minusvalía del Ministerio de Asuntos Sociales, en 1988 y fue considerada una buena versión.

recreo se hacen accesibles para todos (Verdugo, 1995).

El Consejo de Europa, en 1989, propuso una mejora conceptual de la CIDDM que consistió en la introducción de los factores *tiempo y persistencia* de la *deficiencia, discapacidad y minusvalía* que obligaban a plantear la rehabilitación de manera que se ajustase a estos nuevos factores (Verdugo, 1995).

En ningún caso se ha olvidado que el lenguaje no es neutral y, por lo tanto, es influyente sobre las formas de percibir y relacionarse las personas; su uso e intencionalidad dan, en numerosas ocasiones, significados diferentes a los vocablos de los que les había asignado la teoría. Con el lenguaje se construye el pensamiento y la forma de relacionarse de una persona en su medio; los términos empleados pueden llegar a incluir o a excluir a las personas en el contexto en el que se desenvuelven. Por eso, la OMS, en 1990, señalaba que a través de las denominaciones que empleamos para las cosas, las estamos relacionando con nuestro estilo para afrontarlas, especialmente si las denominaciones se refieren a sentimientos o a la forma de abordar los aspectos sociales.

En 1999, se publicó la CIDDM-2, en forma de documento para el trabajo de campo y para ser sometido a diversas consultas y la versión final se publica⁶⁷ en 2001, para su empleo a nivel internacional. La nueva versión de esta clasificación se denomina *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* (CIF).

En la CIF encontramos que ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de:

- a) *Funcionamiento*, como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades

⁶⁷ Resolución WHA54.21 de 22 de mayo de 2001, aprobada en la 54ª Asamblea de la OMS.

- y la posibilidad de participación social del ser humano.
- b) *Discapacidad*, de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.
 - c) *Salud*, como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores.

Al esquema causal y lineal de la CIDDM, la CIF plantea un enfoque bio-psico-social y ecológico⁶⁸, ya que incluye los factores contextuales y un esquema más complejo que incorpora las escalas siguientes:

- a) *Funciones corporales*. Son las fisiológicas, incluyendo las psicológicas y *estructuras corporales* son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- b) *Deficiencias*. Son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida. La *actividad* es el desempeño o realización de una tarea o acción por parte de un individuo y la *limitación en la actividad* se refiere a las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño o realización de las mismas.
- c) *Participación*. Es el acto de involucrarse en una situación vital y *restricciones en la participación* son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

⁶⁸ El modelo ecológico lo define Robert T. Ammerman. Explica cómo las personas con discapacidad actúan en varios niveles y en diferentes sistemas vivenciales cuando están inmersos en la vida ordinaria y se van enriqueciendo y adaptando a los cambios constantes de la vida, por ello hay que dar preferencia a apoyar a las personas con discapacidad en las instituciones que estén junto al hogar familiar.

- d) *Factores ambientales.* Son los que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

La salud, en positivo, se explica por las funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación; y en negativo, por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Los factores ambientales se consideran positivos si ayudan en la superación de las deficiencias, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y, negativos si suponen un obstáculo.

El objetivo principal de esta clasificación fue el de unificar el lenguaje y el marco conceptual para describir salud y los estados relacionados con ella, tales como bienestar, educación, trabajo, etc.

La OMS clasifica los estados de salud en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) y el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud, en la CIF; por lo tanto, la CIE-10⁶⁹ y la CIF se complementan⁷⁰, enriqueciendo una a la otra⁷¹. Esta información que proporcionan las clasificaciones aporta, además, el estado de salud de las poblaciones, convirtiéndose en una aportación muy rica para analizarla en los diferentes contextos internacionales.

En España, en 1999, se publica un RD⁷² que asume la terminología de minusvalía y discapacidad y, en 2003, con la

⁶⁹ La CIE-10 (Décima revisión) se desarrolló en 1992 con el objetivo de estudiar los datos de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores cada año y actualizaciones mayores cada tres años.

⁷⁰ Existe una coincidencia entre la CIE-10 y la CIF; las dos clasificaciones empiezan por los sistemas corporales pero la CIE-10 considera la deficiencia como parte de la enfermedad y la CIF como un problema de la función corporal.

⁷¹ Dos personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes niveles de funcionamiento y dos personas con el mismo nivel de funcionamiento no tienen, necesariamente, la misma salud.

⁷² Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

publicación de la ley⁷³ de igualdad, que establece las medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad⁷⁴, se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de discriminación, que tenga su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social. La ley emplea los siguientes términos:

- a) *Vida independiente* es la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.
- b) *Normalización* es el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.
- c) *Accesibilidad universal* es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de *diseño para todos* y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.
- d) *Diseño para todos* es la actividad por la que se conciben o proyectan, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que

⁷³ Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

⁷⁴ Conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución

puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible.

- e) *Diálogo civil* es el principio en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad.
- e) *Transversalidad de las políticas en materia de discapacidad*, es el principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.

Ya hemos visto que, a partir de 2005, empiezan a usarse en España los términos *vida independiente* y *diversidad funcional* como alternativos a los de *discapacidad*, *minusvalía* o *deficiencia*. Son términos afines, empleados desde el campo de la salud y de los servicios sociales por los propios afectados, que nacieron en el *Foro de Vida Independiente*. Pero lo más general, aún en los momentos actuales, para referirnos a las personas con *diversidad funcional*, es que se siga empleando *personas con discapacidad*, pues es el que utilizan la mayoría de asociaciones de afectados y la legislación internacional.

Diversidad funcional transmite una nueva visión en positivo, ya que no implica enfermedad, deficiencia o retraso, aunque no niega el hecho de que se trata de personas diferentes a la población estándar. Pero son personas que pueden llevar una *vida independiente* en la educación, en el trabajo, en el ocio, etc., si se les facilitan las herramientas necesarias para que lleven la gestión y el control de sus propias vidas. Es un planteamiento que difiere del modelo médico que implica la presencia de deficiencias individuales e

intrínsecas al individuo, que limitan la posibilidad de desenvolverse y de participar de las personas.

En el caso de la discapacidad intelectual, el cambio de terminología y actitudes han sido notorios, aunque todavía se observan influencias del pensamiento desarrollado durante varios siglos (Verdugo: 1985). La discapacidad intelectual, conocida en un primer momento como *retraso mental*, ha evolucionado notablemente desde los tiempos en que los *idiotas* eran considerados incapaces de manejar sus propios asuntos, pasando por la época de evaluación de la habilidad mental de Binet y la época médica donde fue considerada una patología orgánica, hasta la etapa en la que se establecieron los grados de dependencia del sujeto y, recientemente, la importancia del ambiente.

Paralelamente a los cambios en la concepción de la discapacidad intelectual, se han ido produciendo cambios en el tratamiento, ya que se han introducido planteamientos normalizadores e integradores, se han desarrollado métodos más eficaces, se ha creído en la modificación cognitiva y se han tenido en cuenta las reivindicaciones de los movimientos asociativos hacia los derechos de las personas con discapacidad intelectual.

En 2006, la ley de dependencia⁷⁵ señala que las referencias que en los textos normativos se efectúen a *minusválidos y a personas con minusvalía* se entenderán realizadas a personas con discapacidad⁷⁶.

En 2009, se publica otro real decreto⁷⁷ que adapta la terminología sobre minusvalía y discapacidad a la CIF-2001, que plantea en lugar de *minusvalía*, discapacidad y limitaciones en la actividad.

⁷⁵ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

⁷⁶ Disposición adicional octava.

⁷⁷ Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Modifica al anterior RD 1971/1999.

La integración escolar: nacimiento, experimentación y generalización (1970/1995). Su implementación en la provincia de Valladolid.

Veamos a continuación, a modo de resumen, las clasificaciones principales que han servido de base para la mayoría de los países.

Tabla nº 27: Principales clasificaciones con reconocimiento Internacional

Año	Organismo que lo refrenda	Clasificación	Campo	Observaciones
1977	UNESCO	Clasif. basada en diag. clínicos	Salud Educ.	
1980	OMS	CIDDM	Salud Serv.Soc	Traducida al castellano (INSERSO)
1983	ONU	PAMPM	Salud Serv.Soc	Traducida al castellano (Real Patr. de Prev. y At. a Personas con Minusvalías)
1992	OMS	CIE-10	Salud	
1999	OMS	CIDDM-2	Salud Serv.Soc	Documento de trabajo
	BOE España	Asume CIF	Salud Serv.Soc	RD 1971/1999
2001	OMS	CIF	Salud Serv.Soc	En 2001 lo publica en España el IMSERSO
2003	BOE España	Asume CIF	Salud Serv.Soc	Ley de Igualdad
2005	Foro de Vida Independiente	Vida Indepen. Diversidad Funcional	Salud Serv.Soc	
2006	BOE España	Asume CIF	Salud Serv.Soc	Ley de Dependencia
2009	BOE España	Asume CIF	Salud Serv.Soc	RD 1856/2009
2011	Minist. de Sanidad, Política Social e Igualdad	Asume CIF	Salud Serv.Soc	Estrategia Española sobre Discapacidad: 2012/2020

	BOE España	Asume CIF	Salud Serv.Soc	Ley de adaptación normativa a Convención Intern. sobre los Dchos de las Personas con Discap.
	BOE España	Asume CIF	Salud Serv.Soc	RD 1276/2011

2.4.3. Terminología en el campo educativo

En el apartado anterior hemos delimitado el significado de los sujetos especiales desde diversas dimensiones, en este, hacemos un breve recorrido en torno a las definiciones de la educación especial que nos ayudan a situarnos en el ámbito educativo.

Hanselman⁷⁸, en 1933, consideraba la educación especial como la doctrina de la instrucción, educación y asistencia a todos los niños cuyo desarrollo psicosomático se veía frenado constantemente por factores individuales y sociales. De esta definición llama la atención el hecho de que no se piense sólo en un tratamiento médico, terapéutico o asistencial, sino que ya, en esos momentos, se tuvieran en cuenta factores individuales, sociales y las peculiaridades que el especialista descubra en el sujeto. En esta definición, más que en el déficit, se insistía en las posibilidades de los niños.

Zavalloni, en 1978⁷⁹, presentaba la educación especial de manera interdisciplinar, como la acción que se ejercía sobre el niño con trastornos en el comportamiento, estando referida al campo médico, rehabilitador, psicoterapéutico y al propiamente pedagógico o reeducativo.

En España, el *Plan Nacional de Educación Especial*, en 1982, define ésta como un proceso integral, flexible y dinámico que se concibe para su aplicación personalizada y comprende

⁷⁸ Citado en Sánchez (1994, 2ª Edición)

⁷⁹ Citado en Sánchez (1994, 2ª Edición)

los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente, los obligatorios, encaminados a conseguir la integración social del alumnado. En esta definición destaca su carácter global pues tiene en cuenta todas las dimensiones de la persona encaminadas más a la integración que a la segregación.

Los años 80 suponen para la concepción de la educación especial un importante avance con la asimilación de la integración escolar en el sistema educativo ordinario. Las definiciones se decantan por la línea de la no culpabilización del individuo, por señalar la responsabilidad de la intervención en las instituciones educativas y por la defensa a ultranza de los derechos del alumnado.

En los años 90, encontramos como España asume los propósitos que la UNESCO publica en la *Declaración Mundial sobre educación para todos* (1990), donde concibe la educación especial como una forma de educación destinada a promover el progreso de aquellos que no alcanzan, a través de acciones ordinarias, los niveles educativos y sociales apropiados a su edad.

Un análisis pormenorizado de estas y otras definiciones permite considerar la educación especial como, el conjunto de conocimientos científicos e intervenciones educativas, psicológicas, sociales y médicas, que pretenden optimizar las posibilidades de los sujetos excepcionales (Sánchez Manzano, 1994). Y matizar que:

Educación especial es la educación integrada dentro de la educación ordinaria, que tiene características propias, ya que se dirige a sujetos excepcionales, esto es, sujetos que por defecto o exceso han de participar en programas especiales para su integración en la escuela ordinaria (Sánchez Manzano, 2001:27).

Por otro lado, existe un problema semántico para definir el concepto de *especial* referido al alumnado; *a priori*, nos indica que es un elemento diferenciador, pero es necesario profundizar mucho más ya que también se emplea para delimitar quiénes son los alumnos especiales y para señalar *el cambio conceptual*,

actitudinal y práctico de la educación especial (Salvador Mata, 2001: 29).

Muchos de los términos con los que hemos ido denominando a cierto alumnado: *deficientes, inadaptados, disminuidos, minusválidos, subnormales, retrasados*, etc., expresan connotaciones peyorativas; posiblemente su uso comienza con una intención descriptiva bienintencionada, pero rápidamente se desgastan⁸⁰ y empiezan a indicar una valoración de sujetos que se apartan de la norma.

Pero, ¿hay que eliminar las referencias a la discapacidad, a la deficiencia, a la diferencia o a la diversidad, aboliendo estos términos? No necesariamente. Aceptar la deficiencia no implica caer en el pesimismo ni abandonar al sujeto a su suerte. En un enfoque antropológico se puede justificar la deficiencia como una característica ontológica del ser humano, pero también en este enfoque se puede justificar la potencialidad del ser humano, sobre la que se fundamenta el optimismo moderado en las posibilidades de la acción educativa. (Salvador Mata, 2001: 30).

La diversidad es algo consustancial al ser humano y a la escuela, la terminología de la diversidad ha ido variando, desde un léxico que indicaba que el problema estaba en el sujeto y, por tanto, necesitaba una educación diferente para dar respuesta al alumnado diferente, hasta otro relacionado con las necesidades educativas especiales que, no culpabilizaba al sujeto, sino que le invitaba a participar en una escuela para todos, una escuela responsable de dar una respuesta educativa individualizada a cada alumno.

En la siguiente tabla contemplamos como ha sido la evolución terminológica y las diferentes denominaciones con las que el alumnado con discapacidad ha sido catalogado en la normativa educativa o relacionada con ésta, desde 1970 hasta la actualidad.

⁸⁰ Romero, 2001.

La integración escolar: nacimiento, experimentación y generalización (1970/1995). Su implementación en la provincia de Valladolid.

Tabla nº 28: Delimitación terminológica de discapacidad en la legislación educativa de 1970 a la actualidad

Normativa	Terminología empleada	Observaciones
LGE, 1970	<ul style="list-style-type: none"> - Deficientes e inadaptados. - Deficientes leves. - Superdotados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando la “profundidad de las anomalías” lo haga necesario irán a “centros especiales”. - Unidades de EE en centros docentes ordinarios para “deficientes leves”.
Constitución, 1978	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración.
LISMI, 1982	<ul style="list-style-type: none"> - Dismin. en sus capacidades fís., psíqu. o sens. - Dismin. Prof. - Minusválidos. - Deficiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> La EE será impartida transitoria o definitivamente a los que les resulte imposible la integración.
RD de 1982	<ul style="list-style-type: none"> - Alumnos necesitados de EE. - Personas disminuidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integración completa. - Integ. combinada: unidades ord. y de EE dentro del centro ordinario. - Integ. parcial: unidades de EE en centros ordinarios. - Escolarización en centros específicos de EE (CEE).
RD de 1985	Idem al RD 1982	Idem al RD de 1982
LOGSE, 1990	<ul style="list-style-type: none"> - Alum. con necesidades educ. especiales (n.e.e.), temporales o permanentes 	<ul style="list-style-type: none"> - CEE. - Escolarización combinada entre el CEE y el ordinario. - Principios de normalización y de integración escolar.
RD de 1995	<ul style="list-style-type: none"> - Alumnos con n.e.e. asociadas a discapacidad. - Gravemente afectados. 	<ul style="list-style-type: none"> - CEE para alum. que no se puede integrar. - CEE para irlos convirtiendo en centros de recursos. - -Esc. combinada entre el CEE y el ordinario.
LOCE, 2002	<ul style="list-style-type: none"> - Alum. con n.e. específicas para todo el colectivo de al. diverso. - Al. con n.e.e. los que padecen discap. fís, psíqu, sens., o graves 	<ul style="list-style-type: none"> - CEE. - Escolarización combinada entre el CEE y el ordinario

	trastornos de personalidad o de conducta.	
LOE, 2006	- Al. que requieren apoyos y atenciones derivadas de circunstancias sociales, de discap. fís., psíqu. o sens. o trastornos graves de conducta.	- CEE. - Escolarización combinada entre el CEE y el ordinario - Introduce el principio de inclusión

Los términos no son neutros sino que representan lo que piensa quien los emplea; no es, por tanto, una cuestión de vocabulario sino de fondo. Aceptar la diferencia no implica lástima ni segregación de las personas con discapacidad, ya que ser diferentes representa lo genuino de cada persona. Además, no elimina la afirmación de que todo ser humano tiene capacidad de aprendizaje (Salvador Mata, 2001). El hecho diferenciador, en la mayoría de las situaciones educativas, está en las técnicas empleadas y en los profesionales.

La evolución terminológica, a nivel educativo, se dejó sentir en el profesorado, alumnado y padres, pues cuando se hablaba de educación especial diferenciada, se transmitían connotaciones negativas, dificultades y problemas; hasta que se acuña en España el concepto de *alumnado con necesidades educativas especiales*, en los años 90, que unido al proceso de integración escolar, ha pretendido eliminar la carga segregadora que se había generado con la educación diferenciada.

A partir de la LOGSE, la educación especial se convierte en una fuente de recursos humanos y materiales, de ayudas y adaptaciones, tanto curriculares como de acceso al currículo, que iban desde las menos a las más significativas. No fue, por tanto, otra educación, sino que la educación ordinaria se acoplaba a las necesidades de todos y cada uno de los alumnos y contemplaba a todo el alumnado puesto que todos podían precisar atenciones especiales, requerir apoyos, adaptaciones o refuerzos, en momentos puntuales de su escolaridad o en situaciones más permanentes en el tiempo.

Aunque estos planteamientos representaban a lo más avanzado de la intelectualidad y de la sociedad, la realidad es

que también se ha deteriorado considerablemente y los alumnos empezaron a ser denominados por la sustantivación del acrónimo, *los acnees*⁸¹ como si de unos molestos granos se tratara. Cabría estudiar también, quizá en otro trabajo de investigación, si también se ha deteriorado el proceso de integración escolar y de respuesta educativa adaptada a las circunstancias, contextos y necesidades.

La integración quiso eliminar categorías diagnósticas, al entender que todo el alumnado podía presentar en algún momento de su escolaridad necesidades educativas especiales, pero la realidad indica que esto no se ha conseguido y todos los informes psicopedagógicos conllevan su correspondiente etiqueta, respondiendo con ello, a las demandas de la Administración educativa, que lo justifica, como ya hemos analizado a lo largo de este capítulo, bajo los argumentos de la previsión de recursos y de la mejor comprensión del alumno.

El cambio del modelo de diagnóstico clínico, que no indicaba cuáles eran las necesidades educativas del alumno, hacia el modelo de diagnóstico psicopedagógico, que puso el énfasis en determinar esas necesidades, no consiguió eliminar las taxonomías, aunque sí ha implicado un cambio en el tratamiento del currículo que evoluciona desde los Programas de Desarrollo Individual (PDI), cuyo carácter de intervención individual favorecía la segregación, a otro, basado en adaptar el currículo de la clase en la que estaba escolarizado el alumno, a través de Adaptaciones Curriculares Individuales (ACI). Los PDI se diseñaban, a partir de los objetivos que este necesitaba alcanzar, con lo cual el planteamiento no propiciaba ni la integración, ni la socialización; pero con las ACI se ha permitido al alumnado trabajar con su grupo clase ya que, el diseño de las mismas, establece como punto de partida el currículo ordinario.

Es cierto que se produjo un cambio ideológico en la comunidad educativa con la generalización del uso del concepto de *necesidades educativas especiales* y de *atención a la diversidad*; pero comporta una cierta ambigüedad desde el momento en que un alumno recibe medidas educativas

⁸¹ A.C.N.E.E.: alumno con necesidades educativas especiales.

extraordinarias, ya que la atención se fija en él y esto es aún difícil de desterrar del sistema educativo.

A pesar del gran intento de cambio de la LOGSE, hay términos que se mantienen hasta hoy, como el de *pedagogía terapéutica*, que trasmite un alto contenido en la idea de intervención rehabilitadora, de culpabilidad y de situar la discapacidad como problema del propio individuo; o *educación especial*, para diferenciar la educación en régimen ordinario de la que se desarrolla en los centros específicos.

La LOCE y la LOE han mantenido el carácter de *atención a la diversidad* y no han introducido cambios sustanciales en la terminología. La LOE y la LOMCE⁸² han asumido los términos, internacionalmente reconocidos, de *discapacidad* y de *educación inclusiva*, sin embargo, la asunción de la inclusión educativa, en la legislación educativa solo ha supuesto una modificación en la forma y no ha cambiado nada ni en la filosofía, ni en el modelo, ni en la eliminación de las taxonomías.

2.5. Sentido actual: La educación inclusiva

El concepto de inclusión educativa pone en la escuela el objetivo de incluir en ella a todo el alumnado, pues cada uno es diferente al resto y estar escolarizado en centros que estén preparados y den respuesta a sus necesidades educativas.

Las diferencias entre escuela integradora e inclusiva se basan en que la segunda da un paso más, ya no basta con que el alumno se integre y se le adecuen los recursos, la escuela inclusiva, además, es la que va superando las dificultades que van apareciendo sean del tipo que sean.

⁸² Ley de mejora de la calidad educativa, ha pasado meses de tramitación. Ha sido aprobada por el Congreso de los Diputados del día 10 de octubre de 2013, con los únicos votos a favor del Partido Popular. Ahora tiene que ir al Senado, donde se podrían dar algunos cambios y, después, será finalmente aprobada y publicada. Desde el Ministerio de Educación confían en que los trámites terminen hacia el mes de diciembre para poner el proceso en marcha en el curso 2014/15.

En los momentos actuales impera la idea de una escuela inclusiva que quiere evitar las designaciones que suponen etiquetar y calificar a los sujetos. La corriente inclusiva concibe recibir a todo el alumnado en las aulas, sin valoraciones, ya que estas, una vez hechas, son el primer elemento segregador.

La escuela inclusiva lleva implícita una filosofía de base de toda la educación, en la que se cuenta con todos los miembros de la comunidad educativa. Para Booth (2006), la cultura inclusiva consiste en construir una comunidad con valores y políticas que desarrollen la escuela de todos, donde se organizan los apoyos para atender a la diversidad y donde todas las prácticas son inclusivas.

La UNESCO ha establecido unos indicadores de inclusión que resumimos en la tabla siguiente.

Tabla nº 29: Los indicadores de inclusión educativa según la UNESCO

Indicador principal	Subindicadores
Construir una comunidad	<ul style="list-style-type: none">- Los estudiantes se ayudan unos a otros.- Los miembros del personal de la escuela colaboran entre ellos.- El personal de la escuela y el alumnado se tratan con respeto.- Existe relación entre personal y familias.- El personal de la escuela y los miembros del Consejo Escolar (Comunidad Educativa) trabajan bien juntos.- Todas las instituciones de la localidad están involucradas en la escuela.- Todo el mundo se siente acogido.
Establecer valores inclusivos	<ul style="list-style-type: none">- Expectativas altas para todo el alumnado.- Personal, alumnado, familias y miembros de la Comunidad Educativa comparten la misma filosofía inclusiva.- Se valora de igual manera a todos los alumnos y alumnas.- El personal y los alumnos son tratados como personas y poseedores de un "rol".- El personal intenta eliminar todas las barreras para el aprendizaje y la participación.

- La escuela se esfuerza en disminuir las prácticas discriminatorias.

Desarrollar una escuela para todos

- Los nombramientos y las promociones del personal son justas.
- Se ayuda a todo nuevo miembro del personal a adaptarse a la escuela.
- La escuela intenta admitir a todo el alumnado de la localidad.
- La escuela hace que sus instalaciones sean accesibles para todos.
- Cuando el alumnado accede a la escuela por primera vez se le ayuda a adaptarse.
- La escuela organiza los grupos de aprendizaje de modo que todo el alumnado se sienta valorado.

Organizar el apoyo para atender a la diversidad

- Se coordinan todas las formas de apoyo.
- Las actividades de desarrollo profesional del personal de la escuela les ayudan a dar respuesta a la diversidad de alumnos.
- Las políticas relacionadas con las necesidades especiales son de inclusión.
- Las evaluaciones de las necesidades educativas especiales y los apoyos se utilizan para reducir las barreras al aprendizaje y la participación de todos.
- Las políticas de apoyo psicológico se vinculan con las medidas de desarrollo del currículo y de apoyo pedagógico.
- Se han reducido las prácticas de expulsión por motivos de disciplina.
- Se ha reducido el absentismo escolar.
- Se han reducido las conductas de intimidación o de abuso de poder.

Orquestar el proceso de aprendizaje

- La planificación y el desarrollo de las clases responde a la diversidad de alumn.
- Las clases se hacen accesibles a todos.
- Las clases contribuyen a una mayor comprensión de las diferencias.
- Se implica activamente a los estudiantes en su propio aprendizaje.
- Los alumnos aprenden cooperativamente.
- La evaluación estimula los logros de todos.
- La disciplina se basa en el respeto mutuo.
- Los docentes planifican, revisan y enseñan en colaboración.
- Los docentes se preocupan de apoyar el aprendizaje y la participación de todos.
- Los profesionales de apoyo se preocupan de facilitar el aprendizaje y la participación.
- Los deberes para la casa contribuyen al

	aprendizaje de todos. - Todo el alumnado participa en actividades complementarias y extraescolares.
Mobilizar recursos	- Los recursos de la escuela se distribuyen en forma justa para apoyar la inclusión. - Se conocen y se aprovechan los recursos de la comunidad. - Se aprovecha plenamente la experiencia del personal de la escuela. - La diversidad del alumnado se utiliza como un recurso de enseñanza y aprendizaje. - El personal genera recursos para apoyar el aprendizaje y la participación de todos.

La escuela inclusiva debe tener un clima acogedor, de seguridad, motivador y colaborativo, donde cada alumno sea importante. El carácter inclusivo debe ser el valor fundamental del centro así como un estilo educativo que potencie el aprendizaje, cuente con los apoyos necesarios y con actividades que permitan la participación de todos y que tenga en cuenta el conocimiento y la experiencia adquiridas en la educación no formal. Es poner la enseñanza, los apoyos y el aprendizaje al servicio de la diversidad.

La filosofía inclusiva implica, también, equidad, equiparación e igualdad de oportunidades para todo: el medio físico e intelectual, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la información y la comunicación, la vida cultural y social, las instalaciones deportivas y de recreo, etc. Implica a su vez la eliminación de cualquier tipo de barreras sociales, económicas, biológicas, arquitectónicas, curriculares, metodológicas, actitudinales, etc., para poder abordar el aprendizaje y la participación. La educación inclusiva supone que se ha erradicado la segregación y la discriminación.

En el siguiente cuadro comparativo podemos ver los principales cambios que ha operado el enfoque de escuela inclusiva.

Tabla nº 30: Evolución hacia la escuela inclusiva

Enfoque tradicional	Enfoque inclusivo
Se centra en el alumno	Se centra en el aula
Se asigna un especialista para e alumno	Tienen en cuenta los factores de enseñanza y aprendizaje
Se basa en el diagnóstico	Resolución de problemas en colaboración
Se elabora un programa individual	Estrategias para el profesorado
Se ubica al alumno en programas especiales	Apoyo en el aula ordinaria

(Porter, 1997)

En España, como ya hemos señalado, la LOE introduce en el sistema educativo, el principio de inclusión como elemento compensador de desigualdades personales, culturales, económicas y sociales y, con especial atención, a las que se deriven de la discapacidad. Además, considera que, para garantizar la equidad, el alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar alguna necesidad específica de apoyo educativo, debe contar con los recursos precisos para lograr su plena inclusión. La adecuada respuesta educativa a todo el alumnado se concibe a partir del principio de inclusión, entendiendo que, únicamente, de ese modo se garantiza el desarrollo de todos, se favorece la equidad y se contribuye a una mayor cohesión social. La atención a la diversidad es una necesidad que abarca a todas las etapas educativas y a todos los alumnos. Es decir, se trata de contemplar la diversidad del alumnado como un principio y no como una medida que corresponde a las necesidades de unos pocos.

Los cambios que en nuestro país se han producido hacia la inclusión educativa han sido desiguales y asistemáticos; desde la mitad de los años 90 han faltado iniciativas serias que evaluaran lo que estaba ocurriendo, y que plantearan propuestas de mejora que permitieran superar las dificultades que ya se veían. La inclusión educativa no se da simplemente

porque se diseñe en una ley o se propague en un discurso, pues esta supone un proceso que nunca se alcanza y que nunca llega a su fin (Verdugo y Parrilla, 2009).

Y, quizás, esta perspectiva es la que faltó en su momento, y por eso no se planificó adecuadamente la continuidad de los procesos iniciados, primero con la integración educativa y luego con la inclusión. El paso del tiempo ha confirmado que los avances no siempre se consolidan ni se acumulan para afrontar nuevos retos; más bien hemos visto que el recorrido puede tener un carácter cíclico dependiendo de diferentes factores (...). No cabe duda de que en todo proceso de inclusión educativa y social son elementos esenciales de éxito una buena planificación, un desarrollo sostenido y apoyado y una evaluación, interna y externa, continuas. La planificación educativa exige definir las prioridades, difundirlas públicamente, especificar los procesos y comprometer avances progresivos. El desarrollo sostenido exige apoyar y acompañar a los procesos de cambio planificados garantizando el soporte y mantenimiento de los mismos más allá de su inicio. (Verdugo y Parrilla, 2009: 15).

Para estos autores la evaluación de la integración y de la inclusión educativa tendría que dirigirse a constatar los avances y las dificultades encontradas para poder así extraer conclusiones que permitieran elaborar estrategias de mejora. Consideran a su vez que, en general, en toda España han faltado aspectos fundamentales que facilitarían la inclusión y garantizarían su éxito, entre los que destacan los siguientes:

Análisis de lo que estaba ocurriendo en cada Comunidad Autónoma, ciudad y colegio o instituto; conocimiento de los principales problemas o dificultades encontrados por los alumnos con necesidades educativas específicas y por sus propios compañeros; detección de buenas prácticas y estrategias que mostraban más éxito; publicaciones y materiales específicos que sirvieran de apoyo al profesorado en su práctica educativa; fomento de la formación del profesorado y otros profesionales de la educación en estrategias de cambio escolar y en procedimientos de evaluación y diseño educativo y curricular actuales, y los planes y prácticas para

favorecer la modificación de actitudes de los alumnos y profesores. (Verdugo y Parrilla, 2009: 15).

A pesar de este panorama un tanto desalentador que comparten diferentes profesionales de la educación, también se vislumbran aspectos esperanzadores, entre los que manifiestan su interés por el tema, la asunción de responsabilidades de buenas prácticas inclusivas y la apuesta por la búsqueda permanente de mejora hacia la inclusión total y permanente.

Ainscow (2000), Faro y Vilageliu (2000) y Porter (2000) consideran que los factores básicos de una buena escuela inclusiva son: partir de la experiencia y conocimientos propios y de los éxitos y dificultades; la toma de conciencia por parte del profesorado de que la solución está en la suma de todas las aportaciones; la implicación plena y efectiva en el proyecto; hacer del trabajo colaborativo el instrumento metodológico habitual para generar conocimiento que sirva, de forma eficaz, para responder a las diferentes necesidades del alumnado; entender las dificultades y la heterogeneidad presente en las aulas como oportunidades para diversificar la respuesta; permitir a los centros una estructura flexible, capaz de adaptarse a las características y necesidades del alumnado y del profesorado y de una organización interna que prime la colaboración entre los docentes tanto en la planificación como en el trabajo en el aula; mejorar la autoestima del alumnado y del profesorado; diseñar y promover planes de formación del profesorado, fundamentalmente de centro; e incorporar la evaluación de los resultados como generadora de los procesos de cambio. Todo esto debe ir unido al apoyo de las Administraciones educativas con un compromiso político y económico de carácter duradero.

A MODO DE SÍNTESIS

En este capítulo, hemos abordado un breve recorrido histórico de la educación especial, desde los antecedentes de la misma, allá por la Antigüedad Clásica, pasando por la Edad Media, el Renacimiento, Barroco y los siglos XVIII y XIX,

deteniéndonos en el nacimiento de la educación especial, a nivel europeo.

En el siglo XVI se dan las primeras experiencias educativas con niños cuyas discapacidades son de tipo sensorial, ya que la atención de los niños con discapacidad intelectual no tenía cabida en los modelos pedagógicos de aquella época. Posteriormente, en la época de la Ilustración, a raíz de “revolución copernicana en educación”, se permite la consideración no sólo del niño ciego o sordo, sino de los discapacitados intelectuales, como sujetos susceptibles de ser educados. Este pensamiento que se afianza en el siglo XIX, con el nacimiento de la educación especial, con enfoque médico; éste se fundamenta, sobre todo, en las ideas de los médicos franceses, que inician un tratamiento de tipo clínico y pedagógico. En el campo de la Pedagogía Terapéutica resaltan la ideas innovadoras de la médica-psiquiatra italiana, Maria Montessori y del médico y psicólogo belga, Ovide Decroly.

Entrando el siglo XX, comienza una nueva etapa en la que el enfoque clínico de la educación especial deja paso al diagnóstico y tratamiento psicopedagógico, en pro de disciplinas, como la Psicología, la Psicometría y la Pedagogía. Esto hace que el concepto de educación especial adquiera dos sentidos: el restringido, para el alumnado gravemente afectado en los centros específicos; y el amplio, para alumnos escolarizados en la escuela ordinaria, que presentan discapacidades menos significativas, problemas de aprendizaje o problemas de conducta. En este sentido, se empiezan a reconocer derechos y a asumir el principio de normalización. Atrás van quedando las posturas de marginación, internalización, desconocimiento o planteamientos meramente asistenciales.

A continuación, hemos analizado los inicios de la educación especial en España, cuyos primeros pasos corresponden a la Ley de Moyano, que establece la atención a los niños *sordo-mudos y ciegos*, si bien es la LGE el referente que introduce, dentro del sistema educativo ordinario, la educación especial. El recorrido histórico de la educación especial, desde sus inicios hasta nuestros días, abordado de manera sucinta en este capítulo, va a ser objeto de tratamiento

pormenorizado en los siguientes, sobre todo en lo referente a la integración.

Por último, nos detenemos en los modelos que han presidido la educación especial, tanto su origen, clasificación y evolución, que han ido pasando desde enfoques asistenciales y médicos a psicológicos y pedagógicos. Si bien aludimos a las diversas taxonomías existentes en el campo de la educación especial, nos detenemos en los modelos desarrollados en el campo educativo y en el concepto de integración escolar, haciendo un repaso conceptual del mundo de la discapacidad y de la terminología utilizada en el ámbito escolar y social.

Estos conocimientos previos nos llevan a entender mejor el sentido de la educación inclusiva, al poder compararla con los enfoques tradicionales, delimitando tanto el significado emitido por la UNESCO como el acuñado por la legislación educativa.

El proceso seguido desde la aparición de la educación especial hasta la consolidación de la integración escolar y la educación inclusiva, así como los modelos y terminología utilizada en este campo, pueden ser muy bien seguidos en las tablas que aparecen a lo largo del capítulo, las cuales tratan de reflejar, de forma sucinta, las ideas sustantivas sobre el tema.

La integración escolar: nacimiento, experimentación y generalización (1970/1995). Su implementación en la provincia de Valladolid.