

## Hacia la construcción de un modelo complejo en la inclusión educativa y la educación especial

Dra. Laura Frade Rubio

**Resumen ejecutivo:** La educación especial y la inclusión educativa enfrentan una problemática que se deriva del paradigma de la simplificación (Morin, 1999, 2002) que reduce la discapacidad y los problemas de aprendizaje a la observación de dos polos contradictorios y excluyentes entre sí: o se observa como diferencia biológica que genera deficiencias adaptativas o como una construcción social que genera discriminación. Esta dicotomía no termina por resolver las dificultades que posee quién la presenta ni de la sociedad que convive ellos y/o ellas. Lo anterior emerge paradójicamente de búsqueda de la igualdad de derechos que no se llega a alcanzar por que no se identifica la equidad en las condiciones. Lo anterior conlleva necesariamente pasar de la discriminación de facto, es decir de hecho, a la discriminación por razones de omisión, puesto que cuando sólo se observan las deficiencias biológicas el sujeto no es respetado, pero cuando solo se observan las barreras sociales que se generan por la construcción del término "discapacidad" pretendiendo que al eliminarlas la discapacidad desaparece se discrimina por omisión. De ambas posturas emergen los dos modelos de atención en la educación: el modelo rehabilitatorio que pretende superar el "defecto", incluido en este el modelo psicogenético que aborda las dificultades de aprendizaje, y el modelo social que busca eliminar las barreras que impiden el acceso de las personas con discapacidad a la vida social y cultural. En ningún caso se aborda la complejidad de la situación, misma que emerge de la relación entre una diferencias biológica que genera desventajas adaptativas y de la cual emerge una construcción social que siendo peyorativa discrimina, esta relación entre el origen natural de la diferencia y la problemática que emerge en la sociedad, deben de enfrentarse mediante el diseño e implementación de un modelo complejo que aborde la discapacidad como un evento biopsiconatural que afecta al que la tiene así como a los sujetos con los que sea rodea.

**Executive Summary:** Special education and inclusion in education face a problem that is derived from the paradigm of simplification (Morin, 1999, 2002) which reduces the disability and learning problems to the observation of two contradictory and mutually exclusive points of view: or it is seen as biological difference that generates adaptive deficiencies or it is view as a social construction that creates discrimination. This dichotomy does not end to resolve the difficulties faced by a disable person or the society that he lives them and/or them. The foregoing emerge paradoxically in search of the equal rights that none of these views is able to reach as none of them identifies the equity in the conditions. This necessarily entails passing of de facto discrimination to the discrimination on grounds of omission, since the biological deficiencies are only seen the subject is not respected, but when the social barriers that are generated by the construction of the term "disability" are deleted by pretending that the disability disappears disable people is discriminated against by omission. In both positions emerge the two models of care in education: the model into which aims "to overcome the "defect", included in this model the psycho genetic model that addresses the learning difficulties, and the social model that seeks to eliminate the barriers that prevent the access of people with disabilities to the social and cultural life. None of the above deals with the complexity of the situation that emerges from the relationship between a biological differences that generates adaptive disadvantages and of which emerge a social construction that being pejorative discriminates against them, this relationship between the natural origin of the difference and the problems that emerge in the society, must be addressed through the design and implementation of a complex model that addresses disability as an event that affects the biocultural dimensions.

**Palabras clave:** discapacidad, educación especial, inclusión educativa modelo rehabilitatorio, modelo psicogenético, modelo social, modelo complejo.

*La omisión de lo debido no es menos reprehensible  
que la comisión de lo indebido*  
Plutarco, historiador griego (46-120 DC)

A lo largo de la historia, las personas que cuentan con una diferencia biológica que no les permite adaptarse al medio como el resto son discriminadas en la sociedad en la que viven porque no pueden realizar las actividades que se les demanda en ese momento histórico en sus comunidades. Lo

### Introducción

anterior va desde nombrarlas peyorativamente, hasta no darles de comer igual que a los demás, encerrarlos por vergüenza, o bien impedir que accedan a la educación, la salud, la vida laboral y política como el resto de las demás personas. Esta desventaja las ha llevado a organizarse por separado o bien en conjunto con sus familiares para luchar por sus derechos, principalmente en los países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, cuestión que ha ido consolidándose en una lucha permanente por sus derechos, misma que se plasmó en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que se firmó el 13 de diciembre del 2006 en la sede de Naciones Unidas (Nueva York) y que quedó abierto a la ratificación desde el 30 de marzo del 2007, entrando en vigor el 3 de mayo del 2008.

No obstante, si se analiza el documento con detenimiento se observa que todavía existen conceptos disyuntivos en la misma, ya que se identifica la construcción social de la discapacidad en el sector educativo, en el cual se deben ir eliminando las barreras sociales y culturales que impiden el acceso y la participación, promoviendo el desarrollo pleno del sujeto mediante el diseño de ajustes razonables (Artículo 24 de la Convención, ONU 2006), mientras que en el sector salud se identifica el derecho a la rehabilitación (Artículo 25 de la Convención, ONU, 2006). Lo que implica que se observa una separación en el objeto de conocimiento, en este caso la discapacidad, desde la perspectiva cultural y de desde la perspectiva natural, análisis que separa el evento o situación a conocer por partes que aparentemente no tienen nada que ver. Es decir que se observa desde el paradigma de la simplificación ya señalado por Edgar Morín que advierte que a partir de Descartes en su Discurso del Método, el conocimiento se produce por el análisis de la partes, en un proceso racional que genera certidumbre sobre lo que se conoce, desde una visión de objetividad que separa el sujeto que conoce de la realidad objetiva (Morin, El Método Vols. 1 y 3 1973, 1988).

Esta disyunción entre la naturaleza “natural” de la discapacidad y la naturaleza “social” de la misma se identifica también en México en la educación especial, misma que cuenta con un proceso de desarrollo histórico en el que se observa en que este dilema no ha terminado por superarse, de

hecho se ha agudizado en los últimos años, imponiendo un “modelo”, que lejos que incluir un marco conceptual claro, opta por una polo o por otro sin converger en una atención que responda a las necesidades educativas de quién la tiene, como lo veremos a continuación.

### **Antecedentes históricos**

A lo largo de la historia de la educación en México se observan varios modelos de atención a la población con discapacidad mismos que describe la Administración Federal de Servicios Educativos del Distrito Federal de la SEP en su libro "Memorias y actualidad en la Educación Especial en México, 2010":

**-Modelo asistencial para la atención de las personas atípicas deficientes mentales, sordomudos y ciegos,** que operó en México de 1870 a 1970 y que se caracterizó porque se partía de una conceptualización de invalidez en la que se conservaba la idea de que existía una maldición, había una brujería, o bien el niño o niña estaba enfermo, aunque gradualmente fue concibiéndola como un problema médico que debía ser atendido mediante la rehabilitación y una educación que consistía en brindar los elementos necesarios para superar el problema inicial como hablar en señas y posteriormente hablar de forma oral en el caso de los sordos, o bien leer y escribir en Braille en el caso de los ciegos. La idea básica era asistir al sujeto que se visualizaba como minusválido e impedido de realizar cualquier actividad, lo que llevaba a atenderlos en instituciones propias para cada una de las discapacidades existentes y que de inicio y generalmente eran privadas como hospicios y conventos hasta que se fundaron las escuelas públicas. Además se les brindaba capacitación laboral como carpintería, tejido en bejuco, latón, sastrería, zapatería, música, canto, arpa, piano y bandolón.

**-Modelo rehabilitatorio y médico-terapéutico para la atención de las personas con discapacidad y para la infancia con problemas de aprendizaje** que se llevó a cabo de 1970 a 1979, que se caracterizó por la búsqueda de la integración del sujeto "atípico" a la sociedad tomando en cuenta sus limitaciones mediante una educación

especial que formaba mediante una pedagogía especial con métodos y técnicas adecuadas que procuraban el desarrollo máximo del ser y su integración al medio en forma productiva. Esto implicó partir de ciertos principios que se entendían como metas: la individualización, la formación de hábitos, capacidades, conocimientos, destrezas y habilidades propias, el respeto a sus derechos, el impulso al cambio de la mentalidad del grupo en el que vivía, la estimulación perceptual y la psicomotricidad para impulsar su desarrollo, y la adquisición de una técnica de trabajo con la que pudiera integrarse a la sociedad posteriormente. Lo anterior llevó al establecimiento de las escuelas de educación especial en las que se recibía a los niños y las niñas con discapacidad para su atención.

- **Modelo psicogenético - pedagógico para la atención de las personas con requerimientos de la educación especial** que se establece de 1980 a 1989 y que se caracterizó por partir de una conceptualización de desarrollo en las teorías de aprendizaje así como en el estudio y medida de las diferencias para su atención mismas que partían de la epistemología psicogenética de Jean Piaget que señalaba que el conocimiento se logra cuando el sujeto pasa de un estado de menor conocimiento a otro de mayor conocimiento mediante una serie de operaciones cognitivas que se generan en edades específicas por dos formas de actividad, las lógico matemática y la exploración, que le permitían al sujeto construir un conocimiento cada vez más adecuado. En el caso de la educación especial la teoría psicogenética explicaba el déficit en el aprendizaje escolar señalando que a veces el contenido a aprender o la complejidad conceptual era mayor que la competencia intelectual y que en otros había cierta deficiencia en la capacidad operatoria de los niños y niñas.

Lo anterior llevó a evaluar la competencia cognitiva en términos de las operaciones realizadas y a una clasificación en dos grandes grupos de atención:

a) aquellos que requerían una educación especial para su integración y normalización que incluyen: la deficiencia mental, los trastornos visuales, auditivos e impedimentos neuromotores

b) los que tenían una atención transitoria y complementaria a su evolución, en donde se incluían los que tenían problemas de aprendizaje y del lenguaje (dislexia, dislalia, disgrafía, discalculia, etcétera),

Por lo que para clasificarlos se partía de un diagnóstico que llevaba al diseño de planes individualizados con objetivos y actividades propias. En suma se caracterizó por una intervención diseñada para cada sujeto de acuerdo con los problemas que se habían detectado .

- **Modelo de integración educativa para la atención de las personas con necesidades educativas especiales con y sin discapacidad** que se estableció de 1990 a 1999 y que se caracterizó porque retomó la conceptualización de discapacidad y necesidades educativas especiales que emergen del Informe Warnock que elaboró la Comisión Británica de Investigación sobre la Educación Especial presidido por Mary Warnock que señalaba la necesidad de atender a los niños y niñas con discapacidad desde la necesidad educativa que presentan y no desde el diagnóstico médico o psicológico que se realiza y que definía un plan de atención que se llevaría a cabo con cada sujeto.

Lo anterior, reconociendo que todos los niños y niñas tienen derecho a la educación dado que los fines de la misma son para todos, y que se deberían visualizar las necesidades educativas especiales con el fin de lograrlo, ya que éstas son comunes a todos y todas, por lo que no existirán dos grupos de estudiantes; los que reciben educación especial y los no deficientes, y la prestación del servicio sería adicional o suplementaria y no alternativo o paralela. Esto se concretizó en una educación especial basada en el proceso de atención a las necesidades educativas especiales y supuso la integración de los niños y niñas con discapacidad a la escuela regular con el apoyo de las USAER, la Unidad de Servicios de Apoyo a la Escuela Regular estableciendo el Centro de Atención Múltiple para la atención de aquellos que cuentan con discapacidades múltiples, siendo que además ambas instancias se instituyeron como parte del sistema educativo nacional y no independiente del mismo.

Para concretizar la atención brindada en ambos servicios se partía de un diagnóstico psicopedagógico que lleva al diseño de una propuesta curricular adaptada a las necesidades de aprendizaje de los y las estudiantes. En ambos casos con la idea de atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social. En suma se terminó el sistema educativo paralelo que consideraba la educación especial como una modalidad de la educación básica que no asumía criterios de calidad educativa: cobertura, eficiencia y equidad con una gama de opciones graduales para la integración escolar.

**- Modelo social para la atención de las personas que enfrentan barreras de aprendizaje y la participación** que se impulsó gradualmente a nivel nacional con ciertas características en la década del 2000 al 2010, aunque se implantó de manera más específica y diferenciada en el Distrito Federal y que se caracterizó por la formulación de políticas educativas inclusivas y el diseño de currículos diversificados para atender a la población excluida por razones individuales, de género, lingüísticas o culturales creando los marcos necesarios para que la educación sea una tarea de todos. Esto surgió de las aportaciones internacionales como el Índice de Inclusión de Tony Booth y Mel Ainscow editado por la UNESCO que sentó la bases para identificar que la integración no consiste en impulsar solamente el acceso de los niños y niñas con discapacidad a la escuela regular, ya que esto no es incluirlos de manera activa sino que se requiere impulsar la eliminación de las barreras para el aprendizaje de todos y todas tanto en la sociedad como en la escuela; mismas que emergen de las propias normas, valores, costumbres, creencias, tradiciones, estereotipos así como de las estructuras físicas que impiden su participación real.

Lo anterior se concretizó de inicio en la diferenciación entre el concepto de integración y el de inclusión, el primero como la acción de integrar a los diferentes en la escuela de manera en que los dos modelos coexisten (escuela regular y centro de atención múltiple con actividades diferenciadas), y el segundo como la comprensión de que las diferencias son universales y que no sólo pertenecen a un grupo o sector, por lo que existe un modelo único que busca satisfacer las necesidades

de los estudiantes que lo requieran independientemente de las condiciones en las que se encuentren.

Desde este modelo el concepto de discapacidad se redefine, ya no parte de una disciplina médica o psicológica en la que se observa la deficiencia, el impedimento físico que se posee y que marca la capacidad sino más bien como una imposibilidad de la sociedad para responder a las necesidades de sus miembros, es decir que existe un fracaso en suprimir las restricciones sociales que son las que incapacitan al sujeto (ASDF, 2010).

Lo importante es que se reconoce y enfatizan los orígenes sociales de la discapacidad, se lucha contra las desventajas sociales que genera la conceptualización de la misma y se asume que es una construcción social e histórica, y que por lo tanto debe ser modificada y se valora la libertad de decisión y autonomía en los proyectos de vida de las personas. Por lo tanto se asume que:

- El sujeto no es portador de la discapacidad esta es generada por un contexto inadecuado.
- Los factores sociales son el origen de la discapacidad.
- La realidad humana implica la aceptación de la diferencia de manera que hay responsabilidad individual y colectiva.
- Lo que se busca es eliminar los conceptos, procedimientos, prácticas, políticas y contextos o ambientes discriminatorios.
- La inclusión se adopta como proyecto político, social y cultural, no sólo es educativo.
- La participación democrática es una condición para el logro de sus objetivos.
- El trabajo educativo se caracteriza por la consistencia formativa en contextos en los que los sujetos se desenvuelven.
- Las acciones y estrategias se dirigen hacia la ruptura de las creencias, prejuicios, obstáculos, escepticismo y actitudes que no llevan a la colaboración y el diálogo ético.
- La idea básica de que la educación privilegia la dignidad, la libertad, la igualdad.

Esta conceptualización tiene sus implicaciones, ya que en el caso de la discapacidad se deja de lado el diagnóstico médico y psicopedagógico inicial como base de una propuesta curricular adaptada

que busca satisfacer las necesidades educativas especiales, puesto que esto implicaba el reconocimiento de una etiqueta que discriminaba al ponerla. Por tanto se hace necesario pasar al diseño de un ajuste razonable en el que se identifican las barreras que enfrentan los niños y niñas con discapacidad, indígenas o bien excluidos por otras razones, y que cuentan con otras desventajas sociales de manera que se eliminan los obstáculos que impiden su aprendizaje y su participación, mismas que pueden ser: culturales, étnicas, lingüísticas, sociales, económicas, de género, físicas o cognitivas. Es decir que, lo que se busca modificar es a la sociedad no al sujeto que puede ser diferente, pasando además de un concepto que se circunscribe a la discapacidad a uno más amplio que reconoce la discriminación desde varias categorías: de género, etnia, clase social, así como otras vinculadas a la cultura, la afectividad y los problemas de aprendizaje.

### **Análisis filosófico e histórico evolutivo**

Si hacemos un análisis dialéctico de los modelos previamente descritos veremos que pasamos de una tesis a una antítesis, en donde la primera es que la discapacidad es minusvalía y por lo tanto debe ser atendida como "caridad" a quién la padece y la vive en desventaja que además emana del sujeto individual, a una propuesta que elimina lo negativo del concepto identificando que el problema no es del sujeto sino la sociedad en la que vive que interpreta la discapacidad con una connotación que lo discrimina y lo hace menos. Por lo tanto, es la sociedad la que debe modificarse y no el sujeto que la tiene, de manera que pueda contar con las condiciones que lleven a satisfacer las necesidades de una población que simplemente es diferente, ni más ni menos.

Existe también un proceso evolutivo del concepto de la persona que tiene una discapacidad pasando de la idea de que esta es el fruto de una maldición, brujería o enfermedad, a una médica que busca tratar de explicarla, y con ello curarla o rehabilitarla a nivel físico, psicológico y social, para terminar en una definición sociológica que la determina como una construcción social que se basa en una interpretación negativa de una diferencia biológica que debe ser aceptada como parte de la diversidad.

Desde ambas perspectivas, la filosófica y la evolutiva el problema de fondo es que en ninguno de los dos casos se parte del pensamiento complejo para abordarla, así la discapacidad se observa como un concepto excluyente o emana de lo individual o emana de la colectividad, cuando en realidad incluye ambos polos al mismo tiempo, es decir es el sujeto el que la tiene y la vive con ella día a día, pero es una construcción social porque la interpretación que emerge de la misma y que es realizada por el resto de las personas lo discrimina de manera que no se crean las condiciones necesarias para que todos y todas vivamos en igualdad de derechos.

Por otra parte, la evolución histórica del concepto también emana del pensamiento simple: de inicio se enfrenta a la problemática explicándola con un pensamiento primitivo, pero posteriormente sólo observándola desde una u otra disciplina: médica/curativa, rehabilitatoria, psicológica/educativa y finalmente social, cuando en realidad, a excepción de la primera noción que era totalmente dañina e inexistente, todas las perspectivas disciplinarias aportan, cada una observando el objeto de conocimiento e identificando lo que visualiza desde su rama constituyendo así una perspectiva holística.

Así, en el caso concreto de la discapacidad, se cuenta con un origen que puede ser visual, auditivo, motriz, neuropsicológico o emocional lo que impone una serie de impedimentos funcionales de índole netamente biológico, adaptativo. Lo que implica que existe aunque "por construcción" no se quiera visualizar.

Por ejemplo, supongamos que un sordo está sólo en un bosque natural, está caminando y disfrutando del mismo, comienza a hacer un aire fuerte, no importa, sigue su camino, lo siente en su cara... de repente y detrás de él el aire tira un viejo árbol, este hace un ruido previo... En condiciones normales cualquiera voltearía, pero el sordo no lo oye, no volteo, no cuenta con el reflejo natural para hacerlo y escucharlo, así que pum..., el árbol lo aplasta, lo mata... no sobrevive como el resto. No hay sociedad presente, no hay construcción social, sólo un bosque, un ambiente natural en el que la desventaja emana, existe y determina la capacidad

del individuo para sobrevivir, existe una deficiencia adaptativa que lo limita. Es decir dicha deficiencia afectó su desenvolvimiento en el medio ambiente que lo rodea. Pudimos haber pensado: "Ah pero si hubiera ido con alguien que es parte de una sociedad que no discrimina lo hubiera ayudado". No, porque desde el punto de vista del modelo social la autonomía como capacidad para decidir y moverse de manera independiente es básica, entonces dicho sordo puede ir dónde quiera, sólo y sin nadie...

Es decir, que sí bien es cierto que existe una construcción cultural negativa de la discapacidad en la medicina y en la psicología, la determinación de la deficiencia biológica que impide los procesos adaptativos en el medio ambiente si es una aportación, porque define la atención que debería recibir el sujeto por parte de la sociedad tanto a nivel individual como en su conjunto, y si bien no se debe caracterizar ni etiquetar sobre la base de una interpretación negativa de la misma, poniendo "letreritos" que hacen daño al sujeto, si se deben aceptar las aportaciones que brindan porque mejoran el proceso educativo que se realiza, se deben desarrollar tal y como lo decía Vygotsky los mecanismos de compensación que el sujeto trae para sobrevivir en un ambiente adverso.

Así mismo, como mi propuesta pedagógica lo señala, lo anterior se logra al impulsar la mediación sustitutiva necesaria, es decir la intervención que se realiza para que esa deficiencia logre dicha compensación, para que se logre el equilibrio por una acción interna o externa al sujeto, lo que no puede hacer se sustituye por algo que se puede realizar. Por ejemplo si no oye bien se le ponen audifonos, si no ve bien utiliza un bastón para caminar en el espacio y se aprende a mover en él, si no puede caminar se le pone una silla de ruedas, sino puede aprender como el resto se le enseñan a utilizar otras habilidades (Frade, 2010).

Veamos un caso real en el que la medicina aporta al proceso educativo cuando se visualiza una deficiencia. Una maestra de USAER me contó hace poco que los maestros de grupo le habían referido un niño que no aprendía, se distraía mucho, andaba de un lugar a otro, no seguía instrucciones, no terminaba lo que hacía, no se concentraba. La maestra, que era psicóloga, le aplicó una

evaluación psicopedagógica que incluía hizo un cuestionario exhaustivo a la madre quién le señaló que de recién nacido el niño fue diagnosticado con hipotiroidismo, pero que nunca lo atendió porque no lo consideró importante.

La asesora de USAER sabía que los niños y niñas que tienen este padecimiento presentan síntomas de déficit de atención con hiperactividad sin en realidad tenerlo, y que por lo mismo no estaba aprendiendo en la escuela. Acto seguido la maestra lo canalizó al médico. El niño todavía está en espera de que la institución médica lo atienda, así son las cosas, pero lo más seguro es que al brindarle el tratamiento indicado a base de hormonas tiroideas mejore su atención y aunque neurológicamente es demasiado tarde porque el niño estaba en 6o grado de primaria y la discapacidad intelectual adquirida quedará vigente, ya que mientras más tarde se realiza el diagnóstico en este padecimiento el daño neurológico es mayor, sí se atiende hay posibilidades de mejorar su calidad de vida.

Es decir el problema no era una barrera social solamente, la ignorancia de la madre para atenderlo y del Centro de Salud para darle seguimiento, sino que de entrada existe una necesidad netamente biológica, médica, que debió de atenderse desde el nacimiento por la detección oportuna que ojalá y se hubiera dado antes de entrar al preescolar o al menos durante el mismo, impulsando así la prevención del déficit de atención como síntoma, pero además y sobre todo la discapacidad cognitiva. Podríamos decir que lo que hizo la psicóloga aplicando la evaluación psicopedagógica de inicio fue quitar la barrera de la ignorancia en la madre, sí es así, pero el conocimiento aplicado es netamente médico, la necesidad era biológica y atenderla es un acierto total que se impulsará el logro de sus derechos. Es una lástima que dicha evaluación no existiera con anterioridad, ya que pudo haber sido detectado desde el principio y no casi por entrar a la adolescencia.

Ahora bien, podemos decir que la maestra solo pudo haber observado las barreras sociales, educativas, incluso cognitivas para aprender como lo sería que no se utiliza su estilo de aprendizaje que no es auditivo sino visual, y le hubiera diseñado un ajuste curricular tomando en cuenta las

competencias y los aprendizajes esperados del plan de estudios, identificando además lo que le gusta hacer, las actividades que le gustan para generar su interés y participación de manera que se involucre y se concentre en lo que hace... que es lo que recomiendan los lineamientos de USAER actualmente. Aquí la pregunta es si lograría satisfacer la demanda, la necesidad biológica que se presenta y que le impide aprender misma que debería ser satisfecha. Es decir, ¿la baja hormonal provocada por una tiroides que no funciona y que genera daños cognitivos, conductuales y físicos se atiende solamente impulsando su estilo de aprendizaje y actividades interesantes para él? No lo creo, suponerlo así es ignorancia y ésta es parte de una conceptualización primitiva de la discapacidad: la explica por alguna razón etérea no comprobada científicamente.

El asunto de fondo es que dentro del modelo social el niño no hubiera recibido la atención que necesita porque la perspectiva desde la cual se le atiende es reduccionista, reduce el problema de la discapacidad a un problema exclusivamente social cuando es más complejo que esto, no incluye una visión holística, integradora y que utilice la perspectiva del pensamiento complejo en la que cada disciplina aporte lo que observa que deberá ser atendido y al no hacerlo lo que se logró fue una discriminación por razones de omisión, la sociedad se abstuvo de hacer algo no pudo atender el problema porque no observa la raíz del mismo que inicia porque nació con hipotiroidismo y continua por la ignorancia de la madre, de la escuela y del sistema que se tardó 12 años en identificarlo, esto sin criticar la labor de la docente que pudo resolver el problema porque ella sola se capacitó atendiendo a cursos sobre este trastorno en particular y haciendo lo que se le ha dicho que ya no se usa: una evaluación psicopedagógica.

Nuestra historia en la educación especial ha pasado por diversos modelos y concepciones mismas que emergen precisamente de la ideología de un momento sociohistórico y cultural determinado, de la construcción de ideas y nociones que emergen de cómo se interpreta la discapacidad, por lo que ésta última ha sufrido de adaptaciones y adecuaciones de manera continua, de hecho tal y como lo señala la Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad, es un concepto dinámico, de

manera que en la medida que el conocimiento y los procesos civilizatorios avanzan vamos construyendo modelos que pretenden responder de una manera más efectiva y eficiente sin lograrlo totalmente.

No obstante, los continuos cambios en los modelos establecidos en nuestro país que llevan a satisfacer unas demandas que no otras y que además se establecen de manera dialéctica, es decir pasan del sujeto a la sociedad o bien de lo físico a lo cognitivo promoviendo así una alta de eficacia y de eficiencia, asunto que se debe a varias razones:

Primera razón del no ser efectivo ni eficiente:

Los modelos diseñados no se evalúan, se desechan de cabo a rabo, pasamos por modas que se tiran así como la ropa en los supermercados cuando emerge la siguiente. Es decir no se identifica que si funcionó para el sujeto con discapacidad y para el logro de su autonomía como sujeto en pleno goce de sus derechos y qué no y además lo terminó de hundir en el abismo de la discriminación. Por ejemplo, emerge la pregunta: ¿quién logró tener una vida más satisfactoria el ciego que aprendió a leer en Escuela Nacional para Ciegos, o bien el ciego que tal vez no aprendió a leer en la escuela regular porque sus docentes no sabían Braille? Lo integraron al aula sí, convivió con sus amigos, pero no aprendió a vivir con su discapacidad.

O bien, ¿quién logró adaptarse más a la vida, el sujeto con discapacidad intelectual que ingresó a un CAM que le enseñó carpintería y ahora ofrece éstos servicios en su comunidad, además se casó y trabaja como todos los demás, es autónomo (conozco casos así) o el sujeto que fue a la escuela regular y que en teoría aprendió lo mismo que sus compañeros de la misma edad, se relacionó con ellos, tiene amigos, pero no aprendió mucho del curriculum vigente porque no se construyó el puente necesario para transitar para que así lo lograra, pero además no cuenta con un oficio, lo que lo hace ser más dependiente de quién lo mantiene?

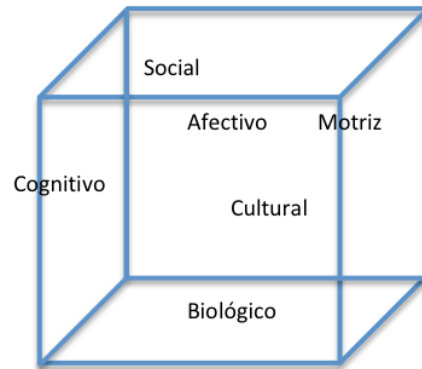
Es decir no se retoman las aportaciones y deficiencias de cada modelo para aprender las lecciones aprendidas. Si bien es cierto que el primer modelo era asistencialista y además

determinaba el grado de logro de los que atendía, por ejemplo si se era ciego, pues no se podía ser otra cosa, ser licenciado o médico sino simplemente contar con un oficio como afinar pianos. Esto imponía una seria discriminación de facto, es decir si la tienes no puedes llegar más allá, sin embargo también es cierto que se aseguraba que las necesidades que emergen de la propia discapacidad en términos de estricta adaptación al ambiente fueran atendidas cabalmente: caminar con el bastón, situarse en el espacio, leer y escribir en Braille, contar con un oficio que permitiera trabajar. Esto era una aportación dentro del oscuro dilema que implicaba el concepto discriminatorio del cual se partía, no se puede negar que era un avance.

Segunda razón del no ser efectivo ni eficiente es que no acabamos de dirimir un conflicto que es básico: si la discapacidad existe, es real o es una construcción social que puede ser modificada y a partir de ello el resto de dilemas que se derivan. Por ejemplo, si la respuesta es sí, existe como un constructo complejo que se identifica de una forma multidimensional y como tal debe ser atendida para impulsar el mejor desarrollo de las personas que la tienen, entonces cómo se atiende, en dónde, en qué escuela, con qué planes de estudio y con qué metodología y qué se busca para que la persona logre esa añorada autonomía. Pero si sólo existe como construcción social, entonces el qué se atiende, cómo se atiende y dónde obtendrá como respuesta una visión parcial que no identifica la totalidad de las necesidades del sujeto sino de la sociedad, es decir se discrimina al sujeto que la padece por razones de omisión, no hace nada con el problema de origen.

### **Conceptualizaciones simples vs. conceptualizaciones complejas**

El problema de fondo es que el concepto de discapacidad no emana de la visualización de una sola perspectiva como puede ser únicamente la medicina, la psicología, la pedagogía o la sociología, cada una por separado, sino de la relación entre todos los elementos y funciones que la conforman, lo que implica visualizar al ser humano desde todas sus dimensiones:



Es decir que de la base biológica que existe, emana una diferencia que puede afectar la adaptación cognitiva, afectiva y motriz, pero que de la conceptualización que hace la sociedad de la misma, cuyo origen es biológico se impacta la relación con el sujeto y también lo que él o ella piensan de sí mismos.

De hecho la definición de la discapacidad que retoma la Convención para los Derechos de las personas con Discapacidad señala que ésta es: *concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.*

Es decir que en dicho documento que de alguna manera norma el concepto, acción y desempeño de los países miembros, se parte de un concepto incluyente que observa la relación entre deficiencia y barrera, asunto que además se identifica en el hecho de que define acciones para todos los ámbitos. Así mientras en el sector educativo se señala en el artículo 24 de la misma Convención, el derecho de las personas con discapacidad al disfrute y goce total del mismo en acceso, calidad y equidad que gozan todos los seres humanos, en el artículo 25 en el ámbito de la salud se advierte el derecho a la detección temprana y oportuna de la discapacidad así como su atención, y en el artículo 26 que señala el derecho a la habilitación y rehabilitación. Es decir que no se deja fuera ningún ámbito.

Esto implica que la Convención no adopta el



modelo social que emerge de los movimientos de la discapacidad que surgió durante los años 60's en Estados Unidos que contaba con un contexto específico no igual a todos los países, sino más bien parte de una perspectiva compleja que busca abarcarlo todo para lograr la igualdad de derechos y que por tanto su interpretación no puede estar limitada a uno sólo de los aspectos que trata.

Esto supone poner como centro de la atención al sujeto y no a la sociedad exclusivamente, porque cuando visualizamos a la segunda se discrimina por razones de omisión el primero, puesto que no se le busca atender en toda su complejidad. Cuando sólo observamos las relaciones sociales del sujeto sólo seremos capaces de identificar las barreras que emergen de esa construcción social, pero lo importante es cómo lo ve, percibe y aprecia él o ella. De nada sirve que la sociedad se concientice de que ha emitido un juicio negativo de una diferencia biológica existente si al hacerlo omite la atención que requiere el sujeto de manera específica y que emerge de la investigación científica médica, psicológica y aún neuropsicológica, que aportan para identificar lo que se debe hacer para atender lo que el sujeto necesita y que precisamente emana de esa diferencia que es biológica.

### **A manera de ejemplo, la historia de la lucha por la igualdad de los derechos de las mujeres y la equidad**

Para comprender lo anterior, analicemos una historia conocida, la de las mujeres. Desde el movimiento de mujeres una de las grandes luchas desde la Revolución Francesa fue la igualdad de derechos. En aquel tiempo, así como se planteaba la lucha de los derechos del hombre definidos en la máxima: igualdad, libertad y fraternidad, Olimpia de Gouge determinaba en su carta de derechos de las ciudadanas los mismos derechos para las mujeres, cuestión que no se dio sino hasta los albores del Siglo XX en la mayoría de los países del mundo o bien hasta la mitad del mismo como en el caso mexicano.

En realidad, fue hasta la Primera Conferencia Mundial de la Mujer que se llevó a cabo en México en 1975 en que se reconoció casi a nivel global la igualdad jurídica, económica y social de las

mujeres, misma que si bien había sido reconocida en la Declaración de los Derechos Humanos desde 1946, requería de una especificación propia con una Declaración de los Derechos Humanos de las Mujeres que se plasmó en la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres en 1979.

Esta lucha implicó el derecho de ser ciudadanas, de contar con los mismos derechos que los hombres, votar, ser votadas y ser electas, así como los derechos a la educación, la salud, el trabajo, la seguridad, a la libertad, y a la libre expresión de las ideas y todo lo que implica. Sin embargo, en esta lucha, los movimientos de mujeres se fueron dando cuenta que la igualdad de derecho total no existe sino se logra la equidad en las condiciones, porque hay una diferencia biológica y por consecuencia de género que tiene implicaciones de derecho, la maternidad. Es decir la única diferencia realmente substancial, es decir objetiva, que hay entre los hombres y las mujeres es el hecho de que éstas últimas son (somos) las que llevamos el peso del embarazo, del parto y de lactancia natural, si se opta por ella. Esto es lo único que ellas (nosotras) sí pueden (podemos) hacer que los hombres no realizan y porque todas las demás actividades que se efectúan en una sociedad sí las pueden llevar a cabo las mujeres.

Dicha diferencia se considera el origen de la discriminación de género, porque es a partir de que las mujeres se encerraron en el mundo de lo privado para el cuidado de los hijos y de las hijas desde el principio de la humanidad que dejamos el mundo de lo público, que es el espacio en el que se toman las decisiones políticas, económicas, sociales y culturales sobre el destino de un pueblo, de una sociedad, de una comunidad y del destino de sus miembros.

Es cuanto las mujeres se encierran en el mundo de lo privado por razones de sobre vivencia de la siguiente generación que se generó un lazo de sujeción, de dependencia con quién las mantenía y traía el alimento a casa, lo que impulsó la construcción social de nuestra desventaja, ya no sólo en este aspecto sino en todos los demás. Es a partir de esta diferencia biológica que se origina la construcción social de la cual emana la discriminación, es ésta la que afianzó la creencia de

que se debían proteger, cuidar como seres vulnerables que se fueron rezagando de la toma de decisiones por una división social que inhibió su participación activa en el resto de los ámbitos de la vida.

Es partir de este hecho biológico que se toma la decisión de que se deberían dedicar a una sola labor: la reproducción biológica que se circunscribe al hogar, pero es precisamente este hecho el que debe ser visualizado para garantizar la igualdad de derechos, puesto que ésta no se alcanza cuando no se vislumbra que las condiciones para el ejercicio del los mismos no son iguales ni en el origen, ni en las consecuencias posteriores que han llevado a una construcción de género cargada de estereotipos negativos para las mujeres. Lo anterior implica que cuando no se visualiza el origen de una historia de discriminación se termina por discriminar más. Como decía Aristóteles: "Aquel que considere las cosas en su primer origen y crecimiento obtendrá una visión más clara de ellas".

Fue entonces cuando los movimientos de mujeres comenzaron a exigir la igualdad de derechos y la equidad en las condiciones lo que implicó darle más a quién más lo necesita y no menos, sin ignorar ni soslayar que esa diferencia, la maternidad, genera situaciones que deberán ser enfrentadas por el estado de manera particular por las leyes laborales, por la seguridad social y alimentaria, así como otros derechos propios que emergen de la discriminación social que se genera por la conceptualización vigente de lo femenino.

Es a partir de visualizar la interacción entre lo biológico y lo social que las mujeres han luchado y conseguido los derechos que los hombres no tienen: tres meses para el parto y post parto, seguridad social en el embarazo, horas para la lactancia materna, guarderías, así como otras leyes que parten de que nuestras diferencias biológicas deben ser cuidadas y atendidas, como lo son las leyes de no discriminación por razón de embarazo en el empleo. Es decir que las mujeres exigieron un paquete más complejo de demandas que además resulta más amplio que los derechos que se les otorgan a los hombres por equidad.

Si se hubiera ignorado esa diferencia biológica se hubiera puesto en juego la satisfacción de las

necesidades de las mujeres, aquellas que emergen de la condición biológica, y que sí bien tienen que ver con una construcción social de género que identifica la maternidad como algo femenino exclusivamente y no masculino, así como con otros estereotipos que la someten al mundo de lo privado, es este hecho biológico y no otro el que se atiende con un cuerpo de leyes que garantizan al mismo tiempo los dos conceptos: igualdad de derechos y equidad en las condiciones.

Sí, podemos entrar en la discusión de que la reproducción si bien es un asunto exclusivamente femenino cuenta con una construcción de género misma que es social que también debe ser modificada, de ahí que en los países nórdicos se haya logrado que les den también licencia a los hombres para estar con sus hijos e hijas cuando nacen, o bien como lo hacen algunas empresas transnacionales en las que los primeros 3 años de la vida de los hijos o hijas de sus empleados éstos últimos pueden salir a las 3 de la tarde en lugar de a las 6, permitiéndoseles trabajar en casa, sean hombres o mujeres. No obstante, la carga sigue siendo profundamente femenina, los 9 meses de embarazo y el parto se siguen dando a la fecha en el vientre de una mujer, y por más que se les ayude, el alumbramiento es de ellas... es nuestro.

De hecho, si bien la igualdad de derechos es uno de los fines de la lucha de las mujeres, la equidad en las condiciones es una estrategia para lograrla, es decir que con ésta última lo que se busca es subir el piso, nivelar, lograr salir de la desventaja para alcanzar el mismo piso que los hombres en cuanto a derechos, lo que implica darnos más porque dada nuestra condición biológica y la construcción social de género que se le adjudica que requerimos más, no menos, visualizando lo que necesitamos estratégicamente para lograrlo.

Por esta razón durante la IV Conferencia Mundial de la Mujer en 1995, los movimientos de mujeres lucharon por la satisfacción de las necesidades estratégicas de las mujeres (Moser, 1993), que son aquellas que se derivan de la interacción entre la condición biológica y de la condición social, pero que además emergen como la creación de un puente necesario para crear la igualdad de derechos, eliminando así las barreras que impiden acceder a todos los beneficios con los que los hombres

cuentan.

Por ejemplo si la mayoría de los analfabetos del mundo son mujeres, entonces quiere decir que existe un problema de género en el alfabetismo, ya que en su mayoría ellas no fueron a la escuela porque no las dejaron ir, asunto que emerge de la creencia de que para qué estudian si deberán tener y cuidar a los hijos e hijas, mientras que a los hombres se les envía porque ellos sí tendrán que trabajar. De esto emerge la necesidad estratégica que es lograr que asistan, para lo cual se crea un puente necesario, una acción afirmativa, por ejemplo brindarles becas para que asistan a la escuela desde pequeñas previniendo así el analfabetismo femenino posterior.

Esto implica identificar que existe una diferencia entre necesidad y barrera, la primera emerge de la diferencia biológica que origina diferencias sociales, de la interacción biología/sociedad, es inherente al sujeto, es parte del mismo y requiere ser atendida para que viva en mejores condiciones de las que se encuentra; y la segunda, la barrera, es la construcción social que se deriva y que le adjudica creencias, valores, tradiciones, costumbres, conceptualizaciones, interpretaciones y definiciones que la obligan a ser algo que no es.

Así, una necesidad biológica que debe ser atendida es la maternidad, el parto, postparto, lactancia, y todo lo que implica, pero una barrera para alcanzar los derechos para ser atendidas es que las mujeres que no cuentan con seguridad social se les brinde la atención que necesitan; mientras que una necesidad estratégica es la construcción del puente para que las mujeres que no acceden a la seguridad social lo hagan y que consiste en que ellas aprendan a exigir sus derechos en las instancias que corresponden como lo sería en nuestro caso el Seguro Popular, es decir su necesidad estratégica es educarse sobre sus derechos.

Ahora bien, en la educación especial una necesidad estratégica es diferente de una necesidad especial, porque la primera (la estratégica) busca crear el puente para que el sujeto logre la meta convencional que en este caso son los planes y programas de estudio de la escuela regular, mientras que la segunda (la especial) es la que se deriva de la discapacidad y que busca satisfacerse

como meta sin ser puente para seguir adelante más allá, tal y como los otros lo hacen o adaptándose al medio con sus deficiencias con una mejor calidad de vida. Un ejemplo de esto fue el modelo rehabilitatorio, que se concentraba en satisfacer la necesidad especial sin que realmente se incluyera al sujeto en la sociedad, como cuando al ciego lo enseñaban a leer en Braille para luego “afinar pianos”, sin tener otra alternativa de estudio más que esa.

### **Fallas intrínsecas del modelo social**

Tomando en cuenta lo anterior y desde una perspectiva compleja, el modelo social vuelve a tener una falla, una ausencia que lo llevará a cometer el mismo error que los modelos anteriores, la discriminación.

No obstante es una discriminación distinta, se pasa de la discriminación visible, evidente, real, categórica y tajante en la que se construye un concepto de atención a partir de la minusvalía, la deficiencia, la ausencia, la imposibilidad, el defecto, la enfermedad, la carencia cognitiva, a otro concepto en el que la diferencia biológica inherente al sujeto no se observa, no se identifica, se evade, se evita, no se nombra por temor a ofender y por lo tanto no se aborda, no se atiende, lo que implica que finalmente se sigue discriminando, pero ahora por razones de omisión, no se hace nada por atender el origen biológico de la construcción social que afecta la capacidad adaptativa del sujeto que la tiene.

De hecho, el modelo social satisface más la necesidad de un sistema educativo que no cuenta con recursos para atender la discapacidad como se merece, porque al incluir en la escuela regular se deja de “gastar” en una escuela para la educación especial que siempre es más cara. Entonces este modelo retoma el concepto de acceso a los derechos de manera conveniente a ciertos fines que emanan de las necesidades de un estado que se encuentra siempre ajustando su gasto, pero al hacerlo sigue violando los derechos de los sujetos.

Aquí cabe la pregunta: ¿qué tipo de discriminación puede ser más peligrosa para lograr la sociedad democrática e inclusiva que todos queremos?

A. Una discriminación de facto, es decir de hecho, en la que el problema principal es que la sociedad observa e identifica la discapacidad como un problema inherente al sujeto que lo hace valer menos, sentirse menos y por lo tanto no susceptible de derechos pero si susceptible de una atención que otorga un modelo educativo que evoluciona dentro de esta misma categoría de análisis: el defecto, la deficiencia. Es decir que desde el modelo asistencial hasta el psicogenético se busca atender lo negativo, pero al fin y al cabo se atendió.

O bien:

B. Una discriminación por razones de omisión que no identifica el problema biológico base, ya que la diversidad biológica existe y desde esta perspectiva todos somos iguales en la diferencia, por lo que lo importante es modificar la conceptualización social, de manera que las barreras que ha puesto la sociedad se eliminen. Esto va desde quitar las barreras físicas como poner rampas para las sillas de ruedas, hasta la aprehensión que tiene la o el maestro cuando por primera vez se enfrenta con alguien distinto en el aula porque no sabe qué hacer con él o ella. Cuando la estrategia de atención identifica la barrera que no la necesidad, lo que se omite es la necesidad biológica del sujeto discriminándolo nuevamente.

En cambio, si se observa el origen biológico de la deficiencia lo que se buscaría es identificar una necesidad estratégica para lograr la igualdad de derechos mediante la equidad en las condiciones. Por ejemplo, la detección de un problema como la dislexia, que está probado cuenta con una base neuropsicológica científicamente fundamentada con resonancias magnéticas funcionales en sujetos que la tienen como un daño específico en el área de Broca del cerebro y que se encuentra por encima de la oreja en el hemisferio izquierdo del cerebro, lo que debería contar con una estrategia diferenciada que aborde la problemática a partir del diagnóstico porque al hacerlo la modifica y el problema se supera.

Esto no implica poner el letrero de "disléxico" en su frente, sino la posibilidad de diseñar la estrategia que lo lleve a aprender a leer y a escribir como los demás utilizando otras áreas cerebrales que puedan hacer la función de Broca, es crear el puente que

necesita, partiendo de una evaluación neurológica y psicopedagógica que lo determine. Pero el modelo social la ha eliminado por considerar que viola los derechos humanos de los niños y de las niñas al etiquetarlos. Es decir sobre la base de la no discriminación de facto se ejerce la discriminación por razones de omisión: "yo como adulto mayor decido que el avance científico logrado a la fecha no se aplique contigo para no discriminarte, es la sociedad la que tiene que cambiar y no tú". En el fondo es: "te dejo igual, todos te aceptaremos así, no hay detección y oportunidad de mejora".

La primera alternativa, la discriminación de facto que se dio en los modelos asistencialista, médico o rehabilitatorio y psicogenético que se dieron desde 1870 al 2000 llevó a una atención que buscaba satisfacer la necesidad biológica mediante la reproducción social de la discriminación y su conceptualización. Es decir sí el que atiende discrimina al atender cuantimás el resto que lo hará de una manera más aguda, profunda y trágica, pero al fin y al cabo se atendía, de ahí su ambivalencia.

La segunda alternativa, la discriminación por razones de omisión que se está dando a partir del modelo social que se construye y aplica gradualmente del 2006 a la fecha, si bien ya no reproduce la discriminación conceptual, la idea que la sociedad tiene de la misma, al no visibilizar la necesidad biológica y atenderla discrimina por razones de omisión, no hace nada para atenderla, y lo que se omite genera que lo que se había ganado que eran servicios aunque cuenten con una connotación errónea, pues estos se pueden perder; puesto que antes al menos se hacía algo cuyo beneficiario era el sujeto, hoy la atención al sujeto tiende a desaparecer, se diluye, no se visibiliza. Esto tiene serias implicaciones entre ellas:

1. Que los niños y niñas no aprendan lo que necesitan para salir adelante con su discapacidad en la vida. Es decir que, por ejemplo, el niño o niña que tiene déficit de atención con hiperactividad que cuenta con un daño neurobiológico comprobado incluso a nivel genético, no será atendido como tal, lo que implica que cuando esto no se hace este trastorno se puede agudizar con la edad, convirtiéndose en un problema psiquiátrico en la adolescencia cuando no lo era en la niñez en la mayoría de los casos. No atender el problema a

tiempo no sólo lo agudiza sino que además quita la oportunidad de vivir en mejores condiciones de vida para el sujeto que lo tiene y para los que lo rodean.

2. Que no se construya el puente necesario, la satisfacción de la necesidad estratégica que ayude a lograr los que los demás niños y niñas sí logran. Esto es lo que hacen en Finlandia, detectan y atienden a tiempo, de manera que los resultados que alcanzan son muy similares al término de la educación básica para todos, casi no hay diferencias, todos caen en la misma línea. Lo que hicieron no fue omitir la diferencia, sino verla, enfrentarla y poner un equipo multimodal para atajarla, es decir le dieron más a quién más lo necesita logrando así la creación de la equidad como puente para lograr la igualdad de derechos.

3. Que se disminuyan los recursos que se requieren para crear los puentes y con ello la satisfacción de las necesidades estratégicas que emanan, de manera que en lugar de otorgar más a quién más lo necesite, el sujeto que aprende, se invierta lo poco que hay en que el maestro cambié su concepto y con ello la escuela y la sociedad, asunto que está bien, pero no se invierte en que el docente aprenda en cómo atender la diferencia que emerge de la necesidad biológica y de otras que aparecen, así como en el material necesario, como libros en Braille, o bien libros para hablar en señas, o ábacos para aprender a contar en el caso de la discapacidad intelectual, de manera que el menos beneficiado es el niño y la niña con discapacidad o con cualquier otra desventaja específica que le impide salir adelante, en lugar de impulsar que tenga una mejor calidad de vida si se le atiende desde pequeño.

4. Que los y las maestras aumenten su carga laboral detectando las múltiples barreras que tiene la sociedad tratando de enfrentarlas sin abordar lo que realmente el niño y la niña necesitan para salir adelante y que emerge de la relación de todas las dimensiones de lo humano en su persona: biológica, cognitiva, motriz, afectiva, social y cultural.

El punto anterior es lo que la autora ha observado en varios Centros de Atención Múltiple y en varias USAER (Unidad de Servicios de Apoyo a la Escuela Regular) en los que las y los docentes que ahí laboran le han comentado que pasan mucho

tiempo llenando papeles para identificar las barreras de aprendizaje, sociales, culturales y estructurales, que no hacen una evaluación psicopedagógica porque está prohibida, que ya no los dejan atender por separado a los estudiantes que lo requieren en el aula mediante una asesoría diferenciada porque eso es discriminarlos, que sólo se les pide que apoyen a los docentes a identificar su estilo de aprendizaje y que los niños y las niñas participen en los grupos y equipos de trabajo ya que la "mediación" de sus compañeros se encargará de ayudarlos y sacarlos adelante, y que además se deben incorporar al trabajo áulico sólo mediante un ajuste razonable que retoma la definición de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que señala que este es el conjunto de:

*"Las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales" (UNESCO; 2006).*

Si bien es un avance que las Naciones Unidas partan de la igualdad de derechos para atender a los niños y niñas con discapacidad, existe cierta ambigüedad en su definición, ya que cuando no se definen los adjetivos: *desproporcionada o indebida*, no se sabe con exactitud qué hacer, pero además no existen criterios o parámetros para definir cuándo si lo es y cuándo esto no se cumple, puesto que el modelo social propuesto no retoman de manera total todos los artículos con los que cuenta dicha Convención como hemos mencionado anteriormente.

## Conclusiones

Como se ha dicho antes, el gran perdedor del modelo social es el educando con discapacidad o con un problema de aprendizaje cuando se tienden a asumir exclusivamente los compromisos adquiridos en el sector educativo de la Convención dejando de lado los que se han asumidos en la salud y en la rehabilitación y sobre todo

desarticulándolos en la escuela, problema que emana del paradigma de la simplificación (Morin, 1999, 2002), o se atiende uno o el otro, y además en sectores distintos.

La gran ganadora de dicho modelo social es la sociedad que cambiará su forma de tratar a quién tiene la discapacidad, lo que es un gran sueño. No obstante, el plan y el programa de estudios 2011 tiene como principio pedagógico lograr el aprendizaje de los estudiantes, y si bien todos los demás estudiantes aprenderían a no discriminar cuando no vean la diferencia y las barreras sean eliminadas, el sujeto con discapacidad no tendrá satisfecha la necesidad que emerge de la interacción entre su diferencia biológica y el medio ambiente en que vive, es la es decir su deficiencia adaptativa, tal y como pudo haber sucedido con las mujeres si no nos damos cuenta de que la maternidad si nos hace diferentes biológicamente hablando y que por tanto, la carga que implica nos crea desventajas que deben ser abordadas para lograr la igualdad de derechos con políticas diferenciadas. Esto no implicó ignorar el hecho sino atajarlo reconociéndolo y modificando la construcción social que se construyó a partir del origen biológico que la sustenta, es decir se atendieron las dos cosas a la vez, eliminaron la disyunción y la reducción.

Lo anterior llevaría a la construcción de un nuevo modelo de atención, un modelo que parta de una conceptualización compleja que abarque todas las dimensiones de lo humano en el sujeto que aprende, el educando, sin desdibujarlo, atendiendo al entorno en que vive sí, buscando modificar las barreras que impiden su aprendizaje y participación, al mismo tiempo en que también se construyen los puentes necesarios que le permitan alcanzar el piso que logran los otros por sí mismos para salir adelante en la medida de lo posible.

Estas medidas son las que aplican en Finlandia. Esto es lo que hizo Ann Sullivan como maestra Hellen Keller, atendió primero su necesidad biológica mediante su satisfacción por la necesidad estratégica: moverse en el espacio, usar el bastón, hablar en señas, leer y escribir en Braille, regular su comportamiento, no le quitó las barreras sino que la ayudo a superarlas por sí misma, para luego enseñarla a hablar mediante el lenguaje oral, y así

estudiar con ella hasta llegar al doctorado y con ello a ser una de las escritoras más reconocidas en Estados Unidos, construyó puentes...

Un modelo para la atención de la inclusión total deberá estar centrado en el aprendizaje todos los sujetos, en la identificación de todas sus diferencias, mismas que incluyen y para empezar: las biológicas, para luego continuar con las sociales, de género, culturales, étnicas, económicas y hasta políticas, lo que implica reconocer todas las dimensiones de lo humano al mismo tiempo y sin exclusión.

Lo anterior no debe llevar consigo una connotación negativa pero sí la identificación de lo que a partir de la observación de las implicaciones de cada una de dichas dimensiones se genera como necesidad estratégica a atender. Esto lleva a una detección oportuna y a una intervención diferenciada e individualizada que le permitirá salir adelante frente al plan y programa de estudios vigente por sí mismo, para lograr las metas convencionales establecidas en los mismos.

Así, si los planes y programas de estudio 2011 están orientados al desarrollo de competencias para la vida y de las competencias de cada asignatura mediante el logro consecutivo de los aprendizajes esperados y los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que implican, los niños y las niñas que cuentan con una discapacidad, un problema de aprendizaje, una desventaja social, cultural, de género, económica o de otra naturaleza deberán desarrollar las competencias estratégicas, aquellas que les permitirán construir el puente entre lo que ellos no pueden hacer, o bien no hacen como los demás y lo que el resto si alcanza, para que logren salir adelante con equidad en las condiciones.

Por ejemplo, una competencia estratégica del ciego es: “Lee y escribe en Braille cualquier tipo de texto”, la competencia estratégica del sordo es: “Habla la lengua de señas mexicana”, la competencia estratégica del niño con dislexia es: “Decodifica las palabras por la relación grafonética que guarda”. Si bien en este último caso debería ser lo que logra todo niño en primero de primaria, el niño o niña con dislexia presenta una dificultad añadida a este nivel, por lo que lograr esto es la

base de su competencia lectora.

Esto implica pasar del concepto de necesidad especial limitada y circunscrita únicamente a la atención de la necesidad biológica que se desprende por la diferencia, a la necesidad estratégica entendida como la construcción del puente necesario para que el estudiante salga adelante en su educación básica, lo que implica que aprenda lo que debe que está estipulado en el plan y programa de estudios sin que esto sea una carga que no puede realizar dada su capacidad, es decir para lo que puede hacer. Lo anterior conlleva a atender ambas cosas a la vez: la necesidad estratégica que se deriva de la discapacidad o de la diferencia que se enfrenta que implica la creación de los andamiajes necesarios para que transite a la educación convencional, y la necesidad de aprendizaje que emerge del plan y programa de estudios que todo mexicano y mexicana debe lograr.

Además es necesario dejar de lado la ambigüedad que impera en los modelos actuales, porque si bien se ha ido adoptando por el modelo social, esto no se ha generalizado en todos los demás estados que no han establecido las mismas líneas, lo que en la práctica significa que las USAER, a los CAM trabajan sin líneas operativas claras, sin normas, en una ejecución meramente interpretativa en la que cada quién hace lo que cree que se puede o debe hacer, ya que además las definiciones son ambiguas.

Por ejemplo: si se parte de la idea de que el ajuste razonable no debe contar con una carga desproporcionada o indebida, ¿como se diseña éste último para que no lo sea? ¿Cómo se determina la capacidad como una línea base que permita delimitar cuando es indebida y cuando no, si no se observa mediante parámetros científicos que no sean subjetivos? ¿Quién decide qué puede ser desproporcionado? ¿Cómo se define la diferencia entre los niños y niñas, por el estilo de aprendizaje...? ¿Qué estudios científicos existen que señalen que cuando se observan y atienden los estilos de aprendizaje el niño y la niña con discapacidad mejora su aprendizaje y obtiene el logro educativo esperado, es decir construye los puentes que requiere para salir adelante en equidad de las condiciones?

Es decir que existe una crisis en la educación especial y en la inclusión educativa que emerge de la ambigüedad que se genera cuando se opta por un modelo basado en el paradigma de la simplificación (Morin, 1999, 2002) que busca tirar de manera total el anterior sin brindar elementos para la construcción de uno nuevo que responda de una mejor forma a todas las necesidades que se enfrentan no sólo a algunas. En suma, como el nuevo paradigma no es mejor que los previos a los que intenta sustituir, sólo genera confusión, una confusión que afecta principalmente a los niños y niñas que tienen una discapacidad, se les discrimina por razones de omisión, de ahí la necesidad de construir un modelo complejo que atienda a la persona con discapacidad y con problemas de aprendizaje tomando en cuenta todas las dimensiones que lo conforman como humano.

### Bibliografía

- Diamond MC, Hopson J., 1998. *Magic trees of the mind*. New York, Dutton.
- Finnish National Board of Education, 2004. *National Core Curriculum for Basic Education for pupils subject to compulsory education*, Finland
- Frade Laura, 2013. *Razones por las cuales se debe evaluar por niveles de desempeño en preescolar*, Artículo núm. 32, Boletín Electrónico, marzo-abril, 2013, México, D. F. , Calidad Educativa Consultores. S.C,
- Frade Laura, 2010. *Competencias en la educación especial y la inclusión educativa*, México D. F., Mediación de Calidad, S. A. de C. V.
- Kuhn Tomás, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, D. F. Fondo de Cultura Económica.
- Moser Caroline, 1993. *Gender planning and development, theory, practice and training*, UK, Routledge.
- Morin Edgar, Mota Raúl, 2002. *Educación en la era planetaria*, Barcelona, Gedisa. S. A.
- Morin Edgar, *Introducción al pensamiento complejo*, Buenos Aires, Gedisa, S. A.
- Naciones Unidas, 1975, *I Conferencia Mundial de la Mujer*, México, D. F. ONU.
- Naciones Unidas, 1995. *IV Conferencia Mundial*

*de la Mujer, Pekín, China, ONU.*

- Naciones Unidas, 1979. *Convención en contra de todas las formas de discriminación en contra de la mujer*, Nueva York, ONU.

- Naciones Unidas, 2006., *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Nueva York, ONU.

- Naciones Unidas, 1999, *Protocolo Facultativo de la Convención en contra de la Discriminación en Servicios de Educación Especial*, 2011. México, D. F, SEP, AFSDF.

- SEP, USAER, 2012. *Orientaciones para la intervención educativa de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular de las Escuelas de Educación Pública*, México, D.F. , SEP.

- SEP, 2010. *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México, Una visión histórica de los modelos de atención*, Dirección de Educación Especial, México, D. F.

*contra de la Mujer*, Nueva York, ONU.

- Naciones Unidas, 2007. *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Nueva York, ONU.

- SEP, 2011. *Modelo Social de Atención de los Servicios Educativos del D. F.* México, D. F. ASDF, SEP.