

La Educación Inclusiva, fase superior de la Integración-Inclusión Educativa en Educación Especial*

Inclusive Education, higher phase of Integration-Educational Exclusion in Special Education

Eliseo Guajardo-Ramos

Universidad Autónoma del Estado de Morelos (México)

Resumen. Los modelos de atención para las personas con discapacidad documentados son el asistencial, el médico-rehabilitatorio y el social educativo. Las políticas públicas han pasado del modelo médico al social, suponiendo que cada uno implica el abandono del precedente para su eficacia. A grandes rasgos, el modelo asistencial consideraba a las personas con discapacidad como ineducables; el modelo médico revolucionó este criterio al señalar que una parte sí eran educables y para ello elaboró diagnósticos, perfiles y terapias para su atención; mientras que el modelo educativo estima, por principio, que todos son educables, independientemente del grado de la deficiencia orgánica. Aquí analizaremos cómo el último nivel contiene a todos los anteriores a modo de reorganización en espiral ascendente. Lo haremos desde una aproximación de la Teoría Constructivista de la Complejidad de Piaget y R. García.

Palabras clave: Discapacidad, modelos de atención, educación inclusiva.

Abstract. The models of care for people with disabilities documented are the assistential, the medical and the educational-social. Public policies have gone from the medical model to the social one, assuming that each implies the abandonment of the precedent for its effectiveness. Broadly speaking, the assistance model considered people with disabilities as uneducable; the medical model

* Gerardo Echeita, quien estuvo en la elaboración del Informe Final y la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994) en la versión en español, ha dicho en más de una ocasión que se eligió el término “integración” porque en ese tiempo se estimó como *anglicismo* el de “inclusión”. Pero desde Salamanca bien pudo haberse denominado a la Integración Educativa como “Inclusión Educativa”.

revolutionized this criterion by pointing out that some of them were educable, and for that purpose they elaborated diagnoses, profiles and therapies for their attention; while the educational model estimates, on principle, that all are educable, regardless of the degree of the organic deficiency. Here we will analyze how the last level contains all the previous ones as an upward spiral reorganization. And we will do it from an approximation of the Constructivist Theory of Complexity by Piaget and R. García.

Keywords: Disability, models of care, inclusive education.

Introducción

La Educación Inclusiva comprende la dimensión de género, de interculturalidad, de migrantes, de discapacidad y de diversidad sexual. Los temas de sustentabilidad y ciudadanía no le son ajenos porque a la base están los Derechos Humanos (ONU, 1948) y, para el caso de la discapacidad, específicamente, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU, 2006).

La Oficina Internacional de la Educación, en Ginebra, asumió la Educación Inclusiva en lugar de la Integración Educativa (OIE, 2008) por tratarse de una concepción de mayor alcance. Algunos expertos que estuvieron presentes en la Conferencia Mundial de Salamanca sobre “Necesidades Educativas Especiales” (UNESCO, 1994) consideraron que se habían distorsionado los principios de dicha Conferencia Mundial. Rosa Blanco dijo: “lo adecuado sería hablar de las necesidades educativas especiales de los alumnos en lugar de los alumnos con necesidades educativas especiales” (Blanco, 2010, p. 31). Este término que se acuñó originalmente para ya no poner etiquetas (Warnock, 1978) se convirtió en una etiqueta, revirtiendo lo que se pretendía combatir.

Tampoco el asunto era cuestión de cambio de denominaciones, esto es, sustituir Integración por Educación Inclusiva, Necesidades Educativas Especiales por Barreras para el Aprendizaje y la Participación, y Adecuaciones Curriculares por el de Ajustes Razonables. Se requería toda una reorganización completa del sistema educativo en su conjunto y no que quedara en un tema de la Educación Especial. Y dicho cambio debía iniciarse en la escuela con el consenso de todos los actores, profesores, padres de familia, alumnos, administrativos y la comunidad educativa del entorno a la escuela. Tenía que empezarse con poco, pero ya no detenerse en los retos que se fueran planteando bajo un programa permanente. Incluso surge la 3ª Versión del Index (OEI, 2015) que, como su nombre lo indica, es una guía y no un manual que vaya dictando los pasos a seguir de forma rígida.

En pocas palabras, la Educación Inclusiva la opera la escuela regular con el apoyo de Educación Especial (en lo sucesivo EE), mientras que la

Integración Educativa la operaba la EE hacia la escuela regular. Los alumnos de EE o que regularmente eran de este subsistema eran integrados a la escuela regular, con un acompañamiento *in situ* si era posible, esto es, en el aula a modo de binomios maestro regular con maestro de especial.

Este cambio se vivió como un reacomodo de EE y era una convocatoria a una reorganización de todo el sistema educativo. La Educación Inclusiva es un tema en el que no es preeminente la EE, sino la Escuela regular. Además, entre más compromisos adquiere la escuela regular con la ecología, con los valores éticos y ciudadanos, con la no-discriminación de las mujeres, con el respeto hacia los migrantes, con la interculturalidad y con la aceptación consciente de la diversidad sexual, más terreno queda abonado para el aprendizaje y la participación de los estudiantes con discapacidad. Porque se trata de un contexto abierto, de aceptación y cuidado para la convivencia con valores comunes a toda la comunidad educativa. Se dice fácil, pero cada paso requiere de un gran esfuerzo colectivo. Y trabajar en equipo es lo más complicado para la escuela que viene de prácticas muy individualistas y competitivas, más que de colaboración y apoyo recíproco.

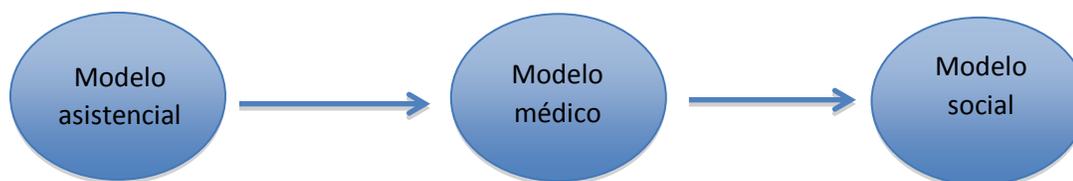


Figura 1

Lo que queremos explicar aquí es que el pasaje de un modelo a otro no ha ocurrido sólo por el paso del tiempo. Hubo acciones que hicieron que las cosas ocurrieran.

Conviene preguntarse por qué antes a nadie le parecía extraño que no hubiera estudiantes con discapacidad en la enseñanza superior. ¿Y por qué ahora parece “normal” que la EE sólo atienda hasta la educación primaria y cuando mucho hasta la secundaria?

En el tiempo de la atención asistencial en internados, a nadie le extrañaba que los niños y jóvenes con discapacidad no acudieran a la escuela porque se consideraba que eran ineducables, sólo sujetos a ser asistidos para comer, asearse y ser cuidados para que no se hicieran daño. Y si no estaban en algún internado, se quedaban en casa, y algunos hasta escondidos de la mirada indiscreta. Eran una especie de vergüenza de familia, o bien los asistía un internado público o privado, de tipo religioso.

En tiempos del modelo asistencial, si hacemos un “recorte empírico” de la presencia de niños y jóvenes con discapacidad en la escuela, vemos

que no son parte de la matrícula. En seguida, si hacemos un recorte en los tiempos del modelo médico, tampoco hay niños y jóvenes matriculados en la escuela, pero algunos de ellos acuden a una escuela aparte, segregada de la escuela, la escuela especial. Y a ésta no acuden todos, sólo algunos que se estima que sí son “educables”, pero tampoco están matriculados en el sistema. Hay perfiles para seleccionar a los educables. Estos cuentan con indicadores como son los decibeles, las dioptrías, el C. I. Miden el déficit orgánico funcional. Hay baterías para todo tipo de mediciones diagnósticas. Hay también categorías: las célebres etiquetas diagnósticas. A estos chicos que acuden a las escuelas especiales se les ofrecen terapias rehabilitatorias, como si la discapacidad fuera una enfermedad. El régimen ya no es de asistencia en internados, es un régimen hospitalario. Se trata de un modelo de avanzada en comparación al que los consideraba no educables. Por último, el recorte empírico del modelo educativo considera que no sólo una parte es educable, sino que todos son educables. Por lo tanto no se requiere de filtros diagnósticos. Tampoco clasificar de acuerdo a deficiencias leves y graves, porque el desempeño en la escuela no depende de su condición biológica corporal, sino de su desempeño en el contexto y la forma en que se logra interactuar con dicho entorno.

El recorte empírico del modelo educativo social espera encontrar matriculados a todos los niños y jóvenes en la escuela porque no hay uno solo que no tenga derecho a acudir a la escuela. Todos son educables, con diferentes apoyos, pero llevado ahí a la propia escuela, sin tener que segregarlo para encontrar el apoyo aparte. Este enfoque es el que permite hacer un registro, el Sistema Regional de Información Educativa de los Estudiantes con Discapacidad (SIRIED), que incluye a niños y jóvenes en edad escolar con discapacidad. Pero este registro no se circunscribe a tener el dato de los que están matriculados (como el Cuestionario del Formato 911 que se usa en México), sino que busca registrar a los que no acuden a la escuela. Su recorte empírico no se reduce al registro desde la escuela. Quiere el adentro y el afuera de la escuela.

¿Cómo se decide el límite adentro-afuera del enfoque educativo? En este enfoque tenemos tres niveles de recorte empírico. Por lo tanto, hemos de tener tres niveles de enfoque o conceptualización de la discapacidad y su relación con la educación, pero estos enfoques son construcciones sociales del conocimiento que luego se vuelven datos observables de la realidad empírica. Las acciones del sujeto sobre la realidad construyen los observables. Los datos se captan a través de los observables y no desde una percepción pasiva, sino desde la dinámica de la acción. Los datos no están ahí esperando a que los descubran. Esto se logra por la construcción de observables. Los observables pueden ser múltiples y los vinculados entre sí aparecen como una Coordinación de Observables, producto de una Coordinación de Acciones del Sujeto. La Coordinación de Observables construye los Hechos. Los hechos de la realidad son también

una compleja construcción. No están dados de manera simple ante la percepción de los sentidos (García, 2006). La parte activa de esta interacción es el sujeto que actúa sobre el objeto (S---O).

Marco conceptual de la discapacidad desde una aproximación de la Teoría Constructivista de la Complejidad.

Primero expondremos el marco conceptual con el que abordaremos las explicaciones de las transformaciones de los modelos de atención de las personas con discapacidad.

El esquema que expone Piaget para el conocimiento es el de la acción entre el sujeto y el objeto, poniendo énfasis en la interacción y no en la preeminencia del sujeto ni del objeto.



Figura 2

Posteriormente, en la obra de revisión de su teoría psicogenética (como en *La equilibración de las estructuras cognitivas*), Piaget amplía el esquema clásico de la interacción entre el sujeto y el objeto:

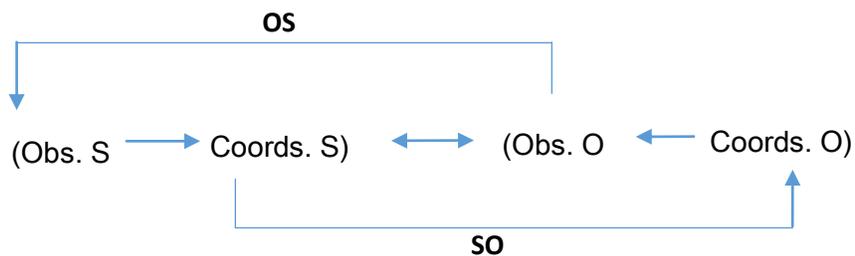


Figura 3

Este movimiento cognitivo en equilibrio se desequilibra y se re-equilibra. Luego que se re-equilibra, se amplía o crece el conocimiento, como en una espiral que no vuelve al mismo punto en la re-equilibración, es decir, como si regresara al estadio anterior, reorganizándose en un nivel superior. Así se generan los niveles de desarrollo.

En la historia social de la ciencia, la obra de Piaget coincide con la de Rolando García (*Psicogénesis e historia social de la ciencia*, 1982). El punto principal de coincidencia, como lo ha notado Barbel Inhelder, es que hay mecanismos comunes entre el desarrollo individual en el niño y el desarrollo social de la ciencia en la historia. Así podríamos representar el

esquema de equilibración del conocimiento o del desarrollo conceptual, sustituyendo el SO y OS como TO y OT, esto es, en lugar de Sujeto se coloca la Teoría, donde tanto el sujeto como la teoría son la parte activa del conocimiento.

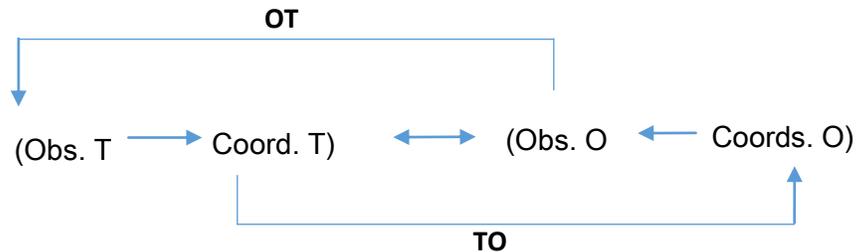


Figura 4

La Teoría permite coordinar observables de la realidad. Por ejemplo, desde el punto de vista de la integración o la inclusión, un niño con ceguera en una escuela regular estaría en un contexto favorable. Sin embargo, desde el Modelo Médico, la escuela regular sería desfavorable porque su contexto favorable, desde esta teoría, es una escuela a la que acuden sólo niños ciegos. Ahora bien, desde la Teoría Constructivista de la Complejidad se requieren varios movimientos en el circuito para ir afinando un conjunto de adecuaciones desde la inclusión. En cada vuelta, además de coordinarse mejor los observables, se puede reestructurar la coordinación teórica. Así, podríamos considerar los tres modelos como tres niveles de análisis desde su marco teórico o conceptual. Cada nivel, para que pase al siguiente, tuvo que haber sufrido desequilibrios significativos, esto es, no responder a la realidad a la que se debe. Y para reequilibrarse se requirió pasar al otro nivel. Por ejemplo, la afirmación de que las personas con discapacidad son ineducables no resistió y es por eso que no tardó en afirmarse que era incorrecta, pues se constató que algunas personas sí eran educables. Hubo de construir instrumentos que demostraban tales perfiles, como fueron los tests, el electroencefalograma, etcétera. Así surge el modelo médico, el cual, bajo estas coordinaciones conceptuales de los tests, propicia los observables para identificar cuáles personas con discapacidad son educables y cuáles no.

Piaget (1978) identifica tres respuestas ante el desequilibrio: la de tipo alfa, que ante una evidencia adversa, el sujeto la niega para no desequilibrarse; la beta, cuando ocurre una perturbación, pero no logra estabilizarse en el siguiente nivel y puede afirmarse lo uno y lo contrario sin lograr coordinar los equilibrios o los desequilibrios, como si se actuara a favor de la inclusión y se siguieran aplicando tests, realizándose así acciones de ambos niveles y permaneciéndose en una contrariedad prolongada, sin salir de dicha perturbación; por último, la respuesta

gama, cuando el desequilibrio se reequilibra transformándose el nivel actual en otro superior que contiene todos los niveles anteriores en una secuencia de orden jerárquico de acomodación, de tal modo que los niveles anteriores no desaparecen, están ahí en un orden diferente, incluso ya no se parecen a los que eran antes, constituyendo la base de construcción cognitiva de la conceptualización.

Niveles del recorte empírico de la población con discapacidad en la educación

En términos generales, los tres niveles del recorte empírico con respecto a la población matriculada en el sistema educativo son: nivel 1, no hay ningún matriculado; nivel 2, hay algunos matriculados; y nivel 3, todos debieran estar matriculados, pero sólo algunos lo están. Estos tres niveles corresponden a los tres niveles teóricos conceptuales de los modelos asistencial, médico y educativo-social, respectivamente.

Un resabio contemporáneo de los niveles, supuestamente superados, es que las dependencias de atención de los niños y jóvenes con discapacidad sean las de carácter social o de salud y no las educativas. En algunos países, como la atención es de múltiples dimensiones, la hacen depender de la Secretarías o Ministerios de Gobernación o del Interior, para el posicionamiento político del movimiento de los grupos ciudadanos de o para la discapacidad. Otros prefieren que sea el sector de educación por tratarse de niños y jóvenes, dejando la atención para los adultos con discapacidad a otras dependencias.

Partiremos del nivel más desarrollado al menos desarrollado para analizar los observables de la población con discapacidad atendida. Esto es, de lo contemporáneo al pasado inmediato y luego al pasado remoto.

Así, tenemos que hasta hace no más de 10 años, era impensable buscar estudiantes con discapacidad en las universidades o instituciones de educación superior. Comienza a ser tiempo en que la presencia de estudiantes con discapacidad es cada vez más asumida por las instituciones educativas de este nivel. Incluso ajustan sus exámenes de admisión en sistema Braille o con el apoyo de Lengua de Señas, así como accesibilidad física de rampas, elevadores donde cabe una silla de ruedas, sanitarios, etcétera.

Lo anterior no implica que toda la población con discapacidad esté matriculada en los niveles obligatorios (preescolar, primaria y secundaria, y en algunos países, hasta el bachillerato o nivel terciario). Si se hiciera una encuesta con los estudiantes con discapacidad en educación superior, encontraríamos que una buena parte (y no tengo estudios a la mano, pero debiera haber este tipo de estudios) llegaron a la universidad a través de estudios alternativos y flexibles de los niveles básicos; por ejemplo, sistemas abiertos.

Hay un caso emblemático en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Es el caso de Margarita, joven de 32 años que accedió a la Licenciatura de Música en la Escuela de Artes. Ella tiene un particular talento musical para tocar el piano y ya ha presentado conciertos para sus exámenes. Se trata de una joven con ceguera y con síndrome de Down. Al interrogarla sobre sus estudios previos, todos han sido en sistemas abiertos. Primaria y secundaria las cursó en el Sistema para Adultos (en México es el INEA), que atiende de 15 años en adelante, pero hay una dispensa de edad y si se justifica se autoriza al Instituto para atender a niños desde los 10 años. Eso hizo Margarita y el Bachillerato lo hizo en el Centro de Atención a Estudiantes con Discapacidad (CAED) que es en sistema abierto. Lo que quiere decir que su primera experiencia en un sistema escolarizado está siendo la universidad. Tenemos suficientes dudas para pensar que si Margarita hubiera hecho su trayectoria académica en el sistema regular escolarizado o en el especial, no hubiera encontrado barreras para llegar a Educación Superior.

Pero las evidencias ahí están. En una investigación que realizamos en las universidades autónomas de México (Guajardo, 2017), encontramos que en todas hay presencia de estudiantes con discapacidad, lo que no quiere decir que estén recibiendo la atención adecuada para permanecer y terminar con éxito sus estudios profesionales. La Universidad Tecnológica de Santa Catarina, Nuevo León, es conocida en el medio sobre el éxito para atender educativamente a los estudiantes con todo tipo de discapacidades. Cuenta con 3 mil estudiantes y poco más de 600 tienen discapacidad. Se encuentran en las aulas, integrados o incluidos, con los alumnos regulares. Algunos profesores tienen, también, discapacidad. Es una comunidad inclusiva. Hay vehículos con elevadores para transportarlos y tienen bolsa de trabajo, de tal manera que egresan con empleo. Tienen acceso a las máquinas Perkins para el Braille y hay apoyo en Lengua de Señas con intérpretes permanentes en la institución. Los Empresarios de Monterrey los prefieren porque tienen competencias laborales equivalentes. De hecho, en lo que se refiere a competencias socio-laborales como asistencia, puntualidad, honestidad, trabajo en equipo, etcétera, los jóvenes con discapacidad han mostrado ser mejores que los jóvenes sin discapacidad.

Hay grandes éxitos en este nivel, pero hay nuevos problemas. Por ejemplo, las grandes deficiencias de la comprensión de lectura y escritura de los estudiantes sordos que son muy críticas. Porque para ellos el español es segunda lengua. Es como si en Educación Superior todas las clases fueran en inglés para el resto de los estudiantes. Además, hay una enorme cantidad de conceptos que no existen en Lengua de Señas Mexicana (LSM) y muchos conceptos se apoyan en campos semánticos que derivan en metáforas, cuya comprensión los estudiantes sordos los toman literal. Estos problemas habrán de compartir su solución con la Educación Básica, para que desde estos niveles se ponga la atención

correspondiente de forma longitudinal. Hay que hacer investigación en Educación Superior que tendrá que compartir sus resultados con la Educación Básica.

Para el caso de los estudiantes con ceguera, hay que resolver los símbolos algebraicos en sistema Braille que no existan. Lo mismo se aplica a las TICs (ahora TACs, Tecnologías de Aprendizaje y Comunicación, por la interactividad de los nuevos softwares y el internet) en relación con toda la población con discapacidad.

No cabe duda que en el Nivel Superior habrá de resolver estos problemas nuevos y compartir los que sean pertinentes con la Educación Básica. Porque en la medida que algunas de estas soluciones sean aplicadas en estos niveles educativos, abonan a favor para cuando sean estudiantes de Educación Superior.

En el nivel de Educación Media Superior (en lo sucesivo EMS), en México, la población con discapacidad está matriculada pero asiste a los CAED de modalidad abierta y segregada. Esto es, no asisten a las aulas regulares. Hay 300 CAED en todo el país. Su presencia se hace sentir y se considera que dichos estudiantes tienen acceso en este nivel, aunque sea en condiciones restringidas.

La población con discapacidad en edad escolar de EMS que ha egresado de secundaria es la demanda potencial para ser absorbida en este nivel. De estos, cuántos están dentro y cuántos fuera es un dato relevante. En México tenemos los datos, pero no a modo de información estratégica. Pero es uno de los retos a cumplir, relativamente fácil de realizar con voluntad política.

Para el caso de Educación Básica, el reto en México es comprometerse a llevar a cabo el Sistema Regional de Información Educativa de los Estudiantes con Discapacidad (SIRIED), como lo hacen Guatemala, Costa Rica, Dominicana, El Salvador, Argentina, Brasil, Ecuador, Colombia, Nicaragua y Uruguay.

El “recorte empírico” con esta metodología es estratégico porque necesitamos saber cuántos son y dónde están, al menos desde el tercer nivel de análisis. Ya que este enfoque considera que habrán de estar, al menos en los niveles obligatorios, todos los estudiantes con discapacidad. En México, aparte las Unidades de Apoyo a la Educación Regular (USAER) que asesoran en las escuelas regulares que tienen alumnos con discapacidad, están los Centros de Atención Múltiple (CAM) que atienden a los alumnos que por alguna razón sus padres prefieren que cursen su educación básica en un servicio escolarizado de EE, llevando el mismo plan de estudios oficial que lleva la escuela regular. Se han diseñado, por cierto, las Unidades de Orientación al Público (UOP) para darles información a los padres con hijos con discapacidad de sus derechos y las ventajas que tiene el que su hijo asista a la escuela regular. También se

les diseñó de tal modo que tuvieran bajo su responsabilidad buscar a los niños y jóvenes con discapacidad para que acudieran a una escuela y no se quedaran en sus hogares. Existía ya un insumo para ello en 1994, cuando se levantó un Registro Nacional de Menores con Discapacidad, antes de que el Censo Nacional de Población incluyera en su encuesta universal a las personas con discapacidad. Esto se hizo por primera vez en el Censo de 2010. Desde entonces hasta ahora, dicho registro es el insumo básico de las UOP. Desde una clara concepción de la Educación Inclusiva, habría que ir tras esa población para traerla a la educación obligatoria.

El segundo Nivel de Análisis en el recorte empírico es el de los estudiantes que son o fueron atendidos desde el Modelo Médico, para ello, se hace necesario un perfil que es obtenido de una batería de exámenes y Test. Ya que cada servicio de atención de EE requiere un expediente diagnóstico. Deriva de él, el diseño de un tratamiento terapéutico. Los estudiantes en este nivel de análisis son en realidad pacientes. Los instrumentos diagnósticos miden las deficiencias de los órganos de los sentidos y la actividad motora, así como la deficiencia mental, en su caso. En realidad miden la deficiencia del funcionamiento orgánico, no la discapacidad. Ya que esta última es de orden social y se refiere al desempeño de sus competencias. La atención del modelo médico en realidad pretende atenuar la deficiencia desde la condición del funcionamiento orgánico. Atiende a los estudiantes de EE desde la enfermedad. Aunque la discapacidad no sea una enfermedad, sino una condición estable de la persona.

En este Nivel no se extrañan por encontrar que no todos asisten a los servicios educativos especiales. Porque resulta “normal” que no todos cumplen el perfil. El que queden en sus casas muchos niños y jóvenes, incluso, la mayoría no es motivo de alarma.

En el Primer Nivel del recorte empírico que comprende al Modelo Asistencial, la inmensa mayoría está fuera de los servicios. Más bien todos están fuera, en sus casas, y sólo unos cuantos acuden a los internados. Los que cuentan con recursos económicos para ello, o los que tienen influencias para que sus hijos estén internados en los poquísimos internados públicos; y hay algunas familias pobres que tienen el favor de la Iglesia en sus internados religiosos. Este nivel se ubica en el Siglo XIX. El Modelo Médico desde el primer tercio del Siglo XX en adelante. Y el Modelo Educativo Social, prácticamente, se inicia con el Siglo XXI.

Niveles de conceptualización de la discapacidad

Es difícil separar el recorte empírico de la población atendida en cada Nivel de Análisis Conceptual, porque es desde este el enfoque conceptual o teórico que se realiza el recorte. Es un recorte que marca sus límites desde

donde es concebida la definición de la población, en este caso, de la discapacidad. Y los límites del recorte adentro/afuera, se redefinen una y otra vez. Lo que desequilibra y reequilibra. Aquí lo hemos revisado separado por motivos de análisis.

Esta concepción en un primer nivel es de custodia, lo que implica el confinamiento para su asistencia y por lo tanto su exclusión plena de los centros escolares por ineducables. La contradicción y desequilibrio del esquema lo constituyeron los sordos y los ciegos, quienes demostraron que lograban aprender. Hubo quienes elaboraron instrumentos de comunicación humana como lo fue el lenguaje de señas y el sistema Braille, inventado por el que lleva su nombre (Louis Braille).

En el último tercio del siglo XIX se instituyeron las primeras escuelas para sordos y para ciegos. Fueron una especie de internados para la asistencia y educación en escuelas especiales segregadas. Nacieron bajo el nombre de Escuelas Nacionales de Sordos y de Ciegos. Se trataba de escuelas monumentales únicas en los países donde existieron.

A finales y principios del XIX y XX, hubo la creación de la escuela pública y obligatoria; primero, para acceder a un empleo formal; luego, para la instrucción elemental. La enseñanza requería de una organización que pautara los aprendizajes y una forma de organización para lograrlo era graduar los grupos en aulas por edades. La heterogeneidad manifiesta fue resulta a través de la medición de la inteligencia, que ordenara además de la edad cronológica por la edad mental de los niños. Así surgió el primer Test de la medida de la inteligencia en Paris en 1905, cuyo autor fue Alfred Binet, su revisión fue en 1915 con el apoyo de Theodor Simon, el Test Bient-Simon había nacido para Francia y demás países que habían instaurado de la escuela primaria pública y obligatoria (En la Prusia de la época de Bismarck). En Estados Unidos Terman Merrill hace una pequeña innovación de grandes consecuencias. Crea el Cociente de la Inteligencia, dividiendo Edad Mental sobre la Edad Cronológica ($EM/EC=C.I.$). Y lo hace sobre una solución tautológica, si el instrumento graduaba edad con edad cronológica la dificultad para medir sobre la media mental, el instrumento medía bien, era confiable, la prueba a la prueba sería exitosa. Pero, ocurrió que una vez medida la inteligencia y obtenido el C. I. en los chicos, sería invariable, y se había medido con ello de una vez y para siempre el C. I. de los niños. Se obtuvo la idea ilusoria de considerar que la inteligencia era invariante, hereditaria o adquirida, pero invariante. Entonces, se podría clasificar a los niños de forma homogénea en sus grupos de aula y la enseñanza gradual de forma efectiva. La revolución industrial y la revolución educativa iban de la mano a través de la estandarización.

La escuela primaria pública y obligatoria generó otro grupo de niños antes desapercibidos: los débiles mentales (límitrofes o *borderline*), que no eran niños normales, ni deficientes mentales desde el enfoque de su

inteligencia. Eran niños que en las regiones rurales pasaban por niños normales, pero en las zonas urbanas, con mayores exigencias de rigor en la escuela y en el empleo, se evidenciaban como retrasados (Zazzo, 1962). No eran pocos, lo que desequilibró el modelo de internados. Se crean, entonces, las escuelas para niños débiles mentales (de 70 a 90 de C. I.), pero estas escuelas paralelas a las escuelas regulares y en zonas urbanas, no tenían internado. No eran escuelas monumentales nacionales ni eran públicas, sino privadas e instauradas por los padres de familia que se asociaban. Estas escuelas proliferaron, fueron disímboles y sin reconocimiento oficial (Franklin, 1996). En cuando a los deficientes mentales severos (de 50 de C. I. hacia abajo), se quedaron en sus casas, sin escuela.

En las escuelas de débiles mentales hubo médicos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros que se formaron interdisciplinariamente en la práctica. Surgieron también los institutos médico-pedagógicos. Luego vinieron las escuelas para formar profesionalmente a maestros especialistas.

Así, a mediados del Siglo XX, todas las escuelas para sordos, para ciegos y para débiles mentales fueron agrupadas en un subsistema de EE paralelo al sistema regular de niños normales. A los que luego se agregaron las nuevas escuelas para niños con problemas del aparato locomotor, con instalaciones rehabilitatorias, como son las tinas de hidromasaje y demás. Surge así el Modelo Médico-rehabilitatorio de modo interdisciplinario de sostenimiento público oficial.

Mientras tanto, en el seno del sistema educativo regular de la Educación Primaria se va gestando un subgrupo numeroso de alumnos denominado con problemas de aprendizaje. Con dificultades insuperables en la lecto-escritura unos, y en el cálculo, otros. Se les diagnosticó como dislexia y discalculia. Decroly había señalado por los años 80s del Siglo XIX que los niños con deficiencia mental padecían alexia, una especie de ceguera a la letra. Como estos niños con problemas de aprendizaje no tenían deficiencia mental, se optó por acuñar el término de dislexia y por extensión, discalculia.

El sistema educativo en América Latina entró en expansión en los años 60s e ingresaron muchos niños que antes quedaban fuera de la escuela, así la escuela pública para la clase media-media y media baja se convirtió en escuela popular. Junto con esto, el número de niños con problemas de aprendizaje amenazaba con ser de un número mayor que los que no lo tenían. Era paradójico y el sistema regular se desequilibraba por lo que se optó por abrir un nuevo grupo de atención a la EE; ahora, los niños con problemas de aprendizaje. Pero esto traía una doble contradicción y desequilibrio en los sistemas de la educación regular y especial. Por un lado, la tendencia a excluir a todo grupo que salía de la curva normal, con la que había nacido la escuela pública obligatoria, por

otro lado, no pertenecían al subsistema de EE ya que no tenían discapacidad alguna. La definición misma de los problemas de aprendizaje advertía que eran niños con inteligencia normal o superior, pero que no accedían a la lecto-escritura o a la aritmética. Se trataba de un grupo de población significativo en número y que no tenía cabida ni en la escuela regular, ni en la especial.

Fue tal el desequilibrio que ocasionó que se diera una respuesta tipo alfa. Se negaba la realidad y se inventó lo que se denominó disfunción cerebral mínima. Que de tan mínima no las detectaba el electroencefalograma. Y se deducía clínicamente que había una lesión, aunque no había evidencia de laboratorio. Lo que quería decir que si habría una lesión, había una deficiencia orgánica o funcional. Por lo tanto este grupo logró estar clasificado legítima y legalmente para EE.

El desequilibrio en sistema de EE no dejaba de ocasionarse, porque el grupo de “discapacidad” recién llegado, por ejemplo, en México (1970) ocupaba la mayor parte de la matrícula. Para 1992 los servicios de EE en problemas de aprendizaje ocupaban el 74% y sólo el 26% de los servicios de todos los alumnos con alguna discapacidad franca (deficiencia mental, sordos, ciegos, problemas neuromotores).

Emilia Ferreiro, discípula de Piaget, investigaba desde 1975 el proceso psicogenético de adquisición de la lengua escrita, primero en Argentina y luego en México y en otros países de Europa e Israel. Entre otras cosas, demostró que los errores en la lectoescritura de los niños no eran patológicos, sino constructivos de adquisición, y que el aprendizaje de la lengua escrita en los niños se iniciaba mucho antes de ingresar a la escuela primaria, desde los 3 años por lo menos (Ferreiro y Teberotsky, 1991). También demostró que las nociones en lengua escrita de los niños de clase media a los 3 años eran similares a los niños de 6 años en clase baja (Ferreiro, Gómez-Palacio, Guajardo, Rodríguez, Vega y Cantú, 1979). Esto implicaba que la gran expansión de los sistemas educativos públicos en América Latina dio cabida a una población desconocida para la escuela obligatoria y los estándares de aprendizaje para pasar de grado de 1° a 2° habían caducado. Esto es, todos los niños de la escuela primaria no podrían aprender a descifrar el código lecto-escrito en un solo año. Y los que lo hacían, eran niños que habían iniciado hacía tres años antes de ingresar a primer grado, su aprendizaje espontáneo de la lengua escrita. Esto explicaba por qué tantos niños no podían tener “problemas de aprendizaje”. Además, algunas omisiones y rotaciones de letras no podían ser consideradas patologías disléxicas, se trataba de niveles de conceptualización en lengua escrita que obedecían a niveles pre-silábicos, silábicos y silabicoalfabéticos. Los errores constructivos de los que hablábamos. Lo que redundó en que se despatologizaran gran parte de los problemas de aprendizaje.

La escuela primaria tenía que cambiar su didáctica con todos los niños; y EE también, no tenía que estar diagnosticando dislexias a diestra y siniestra. Se llegó a hablar de la industria de la dislexia que dejó buenos dividendos a costa de abundantes diagnósticos y sus terapias.

En Europa, Estados Unidos y en otros países ocurren dos cuestiones altamente significativas. Mary Warnock, una filósofa y congresista en Gran Bretaña, daba a conocer lo que se denominó el “Informe Warnock” en 1978, en el que pretende dar respuesta a la creciente demanda de los padres de familia para que se destinen recursos para sus hijos con “problemas de aprendizaje” (que estaban en la indefinición por parte de la escuela común y la escuela especial). Entre otras cosas el Informe señalaba que ya no debía etiquetarse a los niños bajo un diagnóstico y que no debería clasificarse en dos grupos los niños en edad escolar. Que los niños tenían necesidades educativas especiales y que estas debían ser consideradas y hacer énfasis para acercar los recursos y no en la clasificación de los niños. Incluso, que los niños tenían derecho a asistir a la misma escuela que los demás y ahí acercarles los recursos para satisfacer sus necesidades educativas especiales. En Estados Unidos también se registraron presiones ante el Congreso para que se destinaran recursos financieros para la población con problemas de aprendizaje (Barry Franklin, 1996). Desde luego que el Informe Warnock iba más lejos, pues buscaba transformar el sistema educativo. Se trataba, pues, de una respuesta tipo gama. Con ello se eleva el nivel conceptual para la atención educativa.

En esta misma época, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Clasificación Mundial de Discapacidad (CIF, 1980) y declaraba que había que diferenciar la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (D-D-M) porque no eran los mismo. La deficiencia se refiere a la parte orgánica del funcionamiento corporal; la discapacidad, al desempeño de la persona de acuerdo al contexto social y cultural; y la minusvalía, a la parte social y normativa que discriminan y restringen la participación de las personas con deficiencias orgánicas discriminándolas de antemano de forma prejuiciosa. Y definitivamente la OMS declara que la discapacidad no es una enfermedad, que es una condición estable de la persona, o sea, que es su normalidad. Lo que significa que a las personas con discapacidad no se les podrá comparar con los estándares de las demás, sino compararse consigo mismas en una forma longitudinal única y no transversal general. Otro aspecto es que dos personas con la misma deficiencia podrán no tener la misma discapacidad. De acuerdo a su contexto algunas relativizan su discapacidad de mejor forma que otras. Llegando a asemejarse más a personas sin discapacidad que a los de la misma deficiencia. Por ello, no tendrían que estar agrupadas en los mismos espacios educativos como se hace en el Modelo Médico de escuelas especiales más que de acuerdo a la misma discapacidad es de acuerdo a

la misma deficiencia, como un sistema hospitalario. Convirtiéndose en espacios discapacitantes.

Con este enfoque se fue sensible a lo que parecía “natural”, la exclusión de un grupo de niños que no tenía por qué estar fuera de la escuela regular. Esta exclusión fue considerada cada vez más una injusta discriminación. Se generaron y construyeron nuevos observables con los que se apreciaba “objetivamente” la exclusión.

La crisis de la escuela obligaría era cada vez más insostenible, y en 1990 en Jomtien, Tailandia, la UNESCO y otros organismos mundiales hicieron un llamado imperioso a lo que se denominó “La Declaración Mundial de la Educación para Todos”. En este todos iban los niños y jóvenes con discapacidad. En 1994 se ratifica que en la Educación para todos están los niños y jóvenes con Discapacidad con la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, Calidad con Equidad, en Salamanca, España (UNESCO, 1994). La Declaración de Salamanca fue el acta de nacimiento del Modelo Social Educativo, con la Integración Educativa como un derecho. Se adopta el término de Mary Warnock sobre las N.E.E. y comprende a los alumnos con y sin discapacidad, lo que resuelve la cuestión de los niños y jóvenes, con problemas de aprendizaje sin discapacidad para que reciban recursos de apoyo en la propia escuela a la que asisten.

La idea de Rosa Blanco citada atrás es que no hay alumnos con n.e.e sino hay las n.e.e. de los alumnos (Blanco, 2010, p. 31). Lo que quiere decir que en el aula donde asiste un alumno con discapacidad habrá de diseñar situaciones didácticas que impliquen a todos, como la utilización del globo terráqueo y el globo de la luna para explicar el eclipse porque hay un niño ciego en el aula, y no mapa y pizarrón porque quedaría excluido de antemano. Así, se benefician todos los alumnos no solamente el alumno con ceguera. Si se sigue este principio en las secuencias didácticas la ruta de mejora se garantiza en las aulas. Para ello, se hacen necesarias las adecuaciones curriculares y que el currículo sea flexible. Pero este principio de la adecuación no debe justificar el recorte curricular y empobrecerlo, porque ése no es el sentido que se buscaba con la integración educativa.

Posteriormente y como una modalidad del mismo Modelo Social Educativo, surge la Educación Inclusiva. Primero, con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) que se inspira en el Index de Tony Booth y Mel Ainscow (UNESCO, 2000/2015). Este enfoque del Modelo Social Educativo es más audaz, más abarcativo y es de mayor profundidad conceptual. Y como ya se dijo atrás, la Oficina Internacional de la Educación (OIE, 2008) adopta formalmente sus principios, tanto de la Educación Inclusiva, como de las Barreras para el Aprendizaje y la Participación, así como los Ajustes Razonables.

También se dijo que la educación Inclusiva no es exclusiva de la EE, sino de la Educación y comprende la no-exclusión de razas, de género, discapacidad, migrantes, diversidad sexual, sustentabilidad, derechos humanos, ecología, convivencia ciudadana, etcétera.

Esta amplitud de miras consolida a la Educación Inclusiva, pero no por ello distrae de la misión que se tiene con los estudiantes con discapacidad en todos los niveles, desde Educación Inicial hasta la Educación Superior y la Investigación Científica realizada por investigadores con y sin discapacidad.

Análisis histórico crítico de la atención educativa de las personas con discapacidad

Junto con los análisis de los recortes empíricos por Modelo y el de los Niveles conceptuales, se hizo referencia a datos históricos sobre acontecimientos que fueron dando cuerpo a los enfoques teóricos, a los observables y sus coordinaciones, que permitieron construir hechos de transformación histórica. No la secuencia temporal como única variable explicativa de una condición teleológica como si fuera natural inevitable, más que social e histórica.

La Etapa del Modelo Asistencial nos dejó dos instrumentos que son vigentes a la fecha, la Lengua de Señas y la Escritura Braille. La custodia en lugar de un proceso educativo por muy severa que sea la deficiencia orgánica estamos seguros que no es una condición digna, ni suficiente. Los logros y avances de las personas sordas y las personas con ceguera rompieron con el Modelo medieval, en momentos históricos de la modernidad industrial en sus inicios.

Lo anterior, aunado al creciente número de personas con deficiencias mentales, que hacía inviable al Modelo Asistencial. Por lo que no fue difícil concebir Escuelas especiales en paralelo al sistema educativo regular, sin tener que confinarlos en internados.

Los inicios de la Etapa del Modelo Médico pedagógico son con niños y jóvenes débiles mentales para demostrar que estos niños y jóvenes lograban aprender a leer, escribir y hacer cuentas, aunque fuera en extra edad. Este modelo fue el origen de la EE, tanto como subsistema como con la creación de las Normales de Especialización para maestros. También se logra la interdisciplinariedad en EE, ejemplo vigente en educación hasta nuestros días. El subsistema unificó todas las escuelas que estaban dispersas y que atendían niños y jóvenes “atípicos”, como fueron los sordos, los ciegos y los deficientes mentales. El Siglo XX se caracterizó por desarrollar la EE. La escuela pública y obligatoria fue extremadamente excluyente. La EE prestó un gran servicio a la escuela regular, admitiendo en su seno a muchos de los alumnos que no tenían cabida en el sistema regular. Al mismo tiempo, muchos de los métodos

didácticos que eran aplicados en EE tuvieron éxito en la escuela regular. Un ejemplo de los más emblemáticos es el método Decroly, el Freinet y el Montessori, por mencionar sólo algunos. Y un ejemplo mexicano de la época todavía contemporánea fue la Propuesta para el Aprendizaje de la Lengua Escrita con todo y los ficheros de actividades de acuerdo a la etapa evolutiva del niño (Gómez-Palacio, Cárdenas, Guajardo, Kaufman, Richeiro y Velázquez, EE-SEP, 1980).

El Modelo Médico es claramente positivista, como lo evidencian los tests psicométricos y los estudios de laboratorio neurológicos. Incluso favoreció el auge de los métodos de enseñanza conductistas. Un síntoma de que se rompía este modelo fue la irrupción contundente de la psicogenética en la Lengua Escrita y las Matemáticas.

El Modelo Médico se empeñaba en atender las deficiencias orgánicas. No existía el Concepto Social de la discapacidad, que arranca con el Informe Warnock (1978) y el CIF (OMS, 1980, 2001), pero que nace explícitamente con la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994)

La Etapa del Modelo Social Educativo, ya a finales del Siglo XX y principios del Siglo XXI, reivindica los derechos humanos (ONU, 1948) y se plantea problemas desde dentro del sistema educativo público obligatorio, que para entonces son los niveles de preescolar, primaria y secundaria (y en algunos países, como México y otros, la educación media superior). ¿Cómo acceder al currículo? Ya quedó atrás el currículo paralelo. Para este modelo todos son educables. En la primera parte del modelo, se procuró atender desde la discapacidad más que desde la deficiencia orgánica. Incluso se atendieron las dificultades con o sin discapacidad. Se eliminaron los tests psicométricos. Se rompió con el positivismo de la EE.

Un segundo momento del Modelo Social Educativo es el de la Educación Inclusiva, en el que se unifican reivindicaciones con los combates contra la discriminación racial, contra la violencia hacia las mujeres, por los derechos de los migrantes, por la identidad y la diversidad sexual. Se une, también, con la defensa de la sustentabilidad, la ecología y la convivencia ciudadana. El modelo busca la transformación de todo el sistema educativo hacia la educación inclusiva en todos sus niveles, desde la educación básica (preescolar, primaria y secundaria), la educación media superior y la educación superior. La idea rectora es que se requiere de una EE crítica y que colabore con todos los niveles, pero no que desaparezca, como algunos sugerían que debía de ocurrir, indispensablemente, para dar paso a la educación inclusiva.

Conclusiones

Los que supusieron que había que deshacerse de todo el aparato crítico del Modelo Médico y el Asistencial, ahora con la educación inclusiva, se

han dispersado en la operación de sus servicios. Ya no tienen claro si hay que ocuparse de las mujeres como víctimas, de los migrantes, de los indígenas y además de los estudiantes con discapacidad. Quien debe de ocuparse de esta diversidad es la escuela regular al abrir sus puertas y no discriminar a nadie. La EE apoya este proceso y es compatible con todos los procesos de inclusión, pero nadie más que EE debe apoyar la inclusión de los estudiantes con discapacidad. Es su responsabilidad específica. Incluso no debe esperar a que las familias de niños toquen la puerta de la escuela. Debe establecer un sistema que se ocupe de saber cuántos son y dónde están. Porque si en el Modelo Social todas las personas con discapacidad son educables, hay que ir por los que no han llegado porque quizás solos no llegarán nunca.

El modelo superior, que es el de la educación inclusiva, debe dirigir los criterios y estrategias en el sistema educativo de todos los niveles, incluido el Superior, aunque no burocráticamente, sino desde una EE crítica y transdisciplinaria, y en los centros escolares con todos sus actores, maestros regulares, alumnos y estudiantes, padres de familia, comunidad educativa con administrativos y manuales. El modelo debe incursionar en el aula con el acompañamiento al maestro regular en sus estrategias didácticas, considerando no el enfoque de que hay alumnos con necesidades educativas especiales, sino atendiendo las necesidades educativas especiales de todos los alumnos con o sin discapacidad. Y ahora que hay una amplia gama de innovaciones tecnológicas, ya es posible atender directamente las deficiencias orgánicas, lo que en su tiempo quería y no podía hacerse en el Modelo Médico (me refiero aquí a los implantes cocleares, las prótesis biónicas de las extremidades inferiores y superiores). También es preciso diseñar las estrategias para los sordos-ciegos, fusionando la LS y el Braille, así como ampliar el campo semántico de la LS para los conceptos científicos en la Educación Superior, lo mismo con la notación del Braille, adaptando extensiones electrónicas para cómputo, etcétera. Todo lo que antes se hacía sin éxito, ahora es posible, pero desde el enfoque de la educación inclusiva, y no desde el Modelo Médico, no como un sistema ecléctico, sino con un orden superior de principios a las estrategias instrumentales. Y para los niños en condiciones de hospital, o con convalecencias muy prolongadas, hay que echar mano de lo que sea necesario y útil de la asistencia cuidadosa y detallada, respetando la dignidad de las personas. El Modelo Asistencial está presente en estos casos, subordinado al de la Educación Inclusiva.

Se ha señalado que cuando la persona con discapacidad es mujer y de raza negra o indígena tiene una triple discriminación. La educación inclusiva, de forma horizontal o transversal, se ocupa de la dimensión de género, interculturalidad, migrantes, discapacidad y diversidad sexual. Aquí convergen los diferentes frentes que han reivindicado la inclusión de las mujeres, los migrantes, los pueblos originarios, diversidad sexual y la discapacidad. Este enfoque no deja a nadie fuera. Y cuando se acumulan

las discriminaciones, no se requieren diferentes estrategias, sino que desde la misma educación inclusiva hay que combatirlas. Coordinar las acciones desde una coordinación conceptual, no desde una sumatoria de acciones, sino desde una coordinación integral. Para no dispersar los esfuerzos en lugar de acumularlos. Lo que no implica que la educación intercultural tenga sus propias estrategias educativas para el sistema educativo general e indígena.

La educación inclusiva es una etapa superior que ha sido producto de una circularidad en espiral. Para la EE la educación inclusiva surge desde la integración educativa y contiene, reorganizadamente, al Modelo Médico y al Modelo Asistencial, pero insisto: desde un giro en espiral, no de regreso al pasado. Siendo estrictos, el Modelo Social es la educación inclusiva, y la integración educativa ya era de un Modelo Social, pero siempre y cuando se interpretara que las necesidades educativas especiales eran de alumnos, porque de lo contrario se partiría del Modelo Médico, esto es, con el cambio de términos, pero no de conceptos.

Ahora, con los estudiantes en educación superior, la educación inclusiva debe resolver nuevos problemas. Por ejemplo, la lengua de señas que surgió desde el Modelo Asistencial en el Siglo XIX y que perdura hasta nuestros días resolvía la comunicación cotidiana y los contenidos elementales de la escuela a nivel de primaria. Los jóvenes han superado las condiciones de secundaria y con dificultad las del nivel medio superior, pero están teniendo dificultades enormes en el nivel de educación superior. Se requiere crear nuevas señas para los conceptos científicos y tecnológicos. También se requiere de un proceso de adquisición de la Lengua Escrita soportada en procesos cognitivos psicogenéticos (Ferreiro, Teberoski, 1979) para la comprensión de conceptos complejos, no obstante se trate de una segunda lengua para ellos, o mejor dicho, precisamente porque se trata de una segunda lengua, la escritura del español. Lo mismo ocurre con el Sistema Braille, también herencia del Modelo Asistencial, que no contempla la simbología algebraica ni los símbolos de química, lo que en educación superior es indispensable. Ampliar y desarrollar estos lenguajes es tarea de la EE desde la educación inclusiva que contiene los resabios de etapas anteriores para ser reordenados a un nivel superior.

La educación inclusiva atiende la discapacidad desde una perspectiva de interacción social con el entorno, a diferencia del Modelo Médico que se ocupaba más que de la discapacidad, de la deficiencia orgánica y de su funcionamiento. Ahora, como decíamos anteriormente, existen innovaciones que permiten atender la deficiencia con implantes cocleares para recuperar la audición en algunos casos, o trasplantes de corneas para recuperar la vista, o implantes biónicos de piernas artificiales para recuperar la marcha en personas lisiadas de extremidades inferiores o superiores. En la UAEM, el Centro de Investigaciones e Ingeniería Aplicada

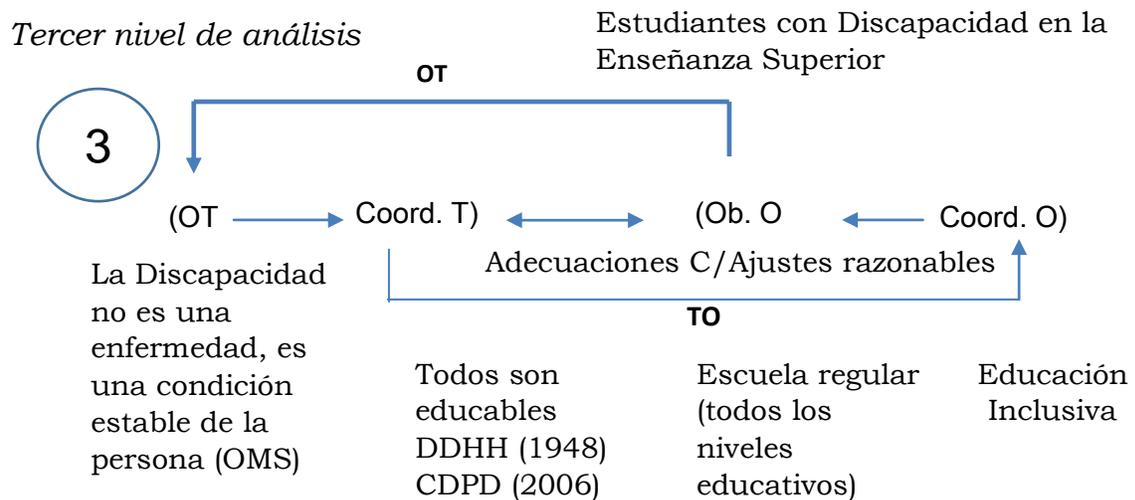
y la Facultad de Diseño han creado unas prótesis con nuevos materiales para que con piernas artificiales los jóvenes con discapacidad motora puedan jugar fútbol. También hay que referirse a los softwares que se siguen desarrollando para atender las diferentes deficiencias orgánicas, como el tablero que Intel creó para astrofísico Hawking para predecir palabras que, gracias a ese invento, utilizamos todos los usuarios de celulares y de procesadores de palabras actuales.

Hay investigaciones recientes que están experimentando con la flora intestinal de los niños autistas y que han observado mejoras en los procesos complejos de la comunicación ante cierto tipo de bacterias que tienen ese impacto. No es que haya que reducir la atención educativa a estos niveles bioquímicos, pero sí se requiere alguna interdisciplinariedad. Lo mismo pasa con los procesos de custodia en los maestros. Lo que se necesita son nuevas perspectivas en viejas prácticas de otros modelos para otras discapacidades.

No se trata de que regresemos a los Modelos Asistencial y al Modelo Médico. Atendemos lo que estos modelos atendían, pero desde un nivel superior, desde una educación inclusiva en la EE, y no desde una EE positivista, que fue como nació, sino desde una EE crítica, desde una teoría de la complejidad que llega a la enseñanza superior, y que desde este nivel realiza investigaciones que sirven para la EE de todos los niveles de enseñanza. Incluso ya hay maestros en educación superior con discapacidad. No debemos extrañarnos de que muy pronto investigadores con discapacidad estén dirigiendo los equipos de investigadores que se ocupan de nuevos problemas y nuevas soluciones para la educación inclusiva.

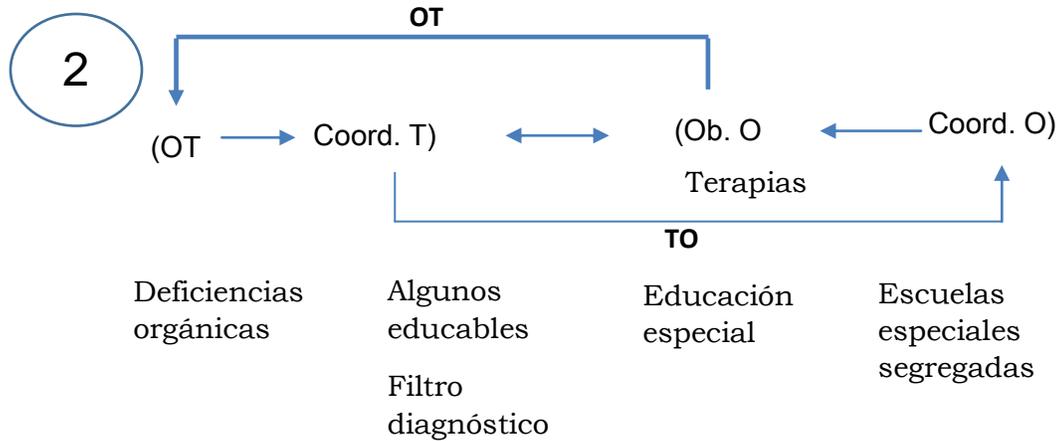
Figura 5

Los tres niveles de análisis de la Teoría Constructivista de la Complejidad.



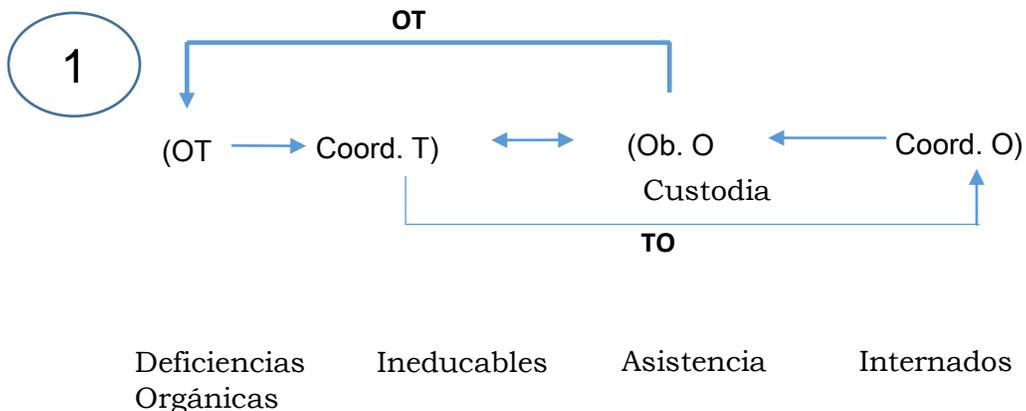
Segundo nivel de análisis

Niños que no aprenden, pero sin deficiencias orgánicas y C.I de 100 o +



Primer nivel de análisis

Sordos (LS) y Ciegos (Braille)



Referencias

Báez, M. (2012). *Las TIC: oportunidades para la alfabetización de los jóvenes y adultos sordos*. Rosario: Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario/CEI.

Barton, Len Comp. (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.

Blanco, R., Comp. (2010). *Sistema Regional Información Educativa de los Estudiantes con Discapacidad, SIRIED*. Santiago: OREALC/UNESCO.

- Blanco, R., Comp. (2007). *Consulta a países de Latinoamérica sobre información asociada a las necesidades educativas especiales. Sistematización de resultados*. Santiago: OREALC/UNESCO.
- Blanco, R. (2008). *Marco conceptual sobre educación inclusiva. La educación inclusiva. El camino hacia el futuro*. Aportes a las discusiones de los talleres de la Conferencia Mundial de Educación. Ginebra: OIE/UNESCO.
- Booth, Tony y Mel Ainscow (2015). *Guía para la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares*. Madrid: FUHEM y OEI.
- Booth, T. y Mel A. (2000). *Índice de Inclusión*. Santiago: CSIE/UNESCO.
- Brogna, P. (2009). *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Doré, Robert y Cols. (2002). *Integración escolar. Como lograr la integración de alumnos con deficiencia intelectual a la escuela secundaria*. México: Prentice Hall.
- Echeita, G. (2006). *Educación inclusiva o educación sin exclusiones*. Madrid: Nercea.
- Ferreiro, E. (1991). *Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño*. México: Siglo XXI.
- Ferreiro, E. y Margarita Gómez-Palacio (1990). *El niño preescolar y su comprensión del sistema de escritura*. México: SEP-DGEE-OEA.
- Floréz Romero, R. Silvia Baquero Castellano y Liz Alejandra Sánchez Navas (2010). Desarrollo de habilidades en español escrito en personas sordas universitarias: estudio de caso. *Forma y Función* Vol. 23 (2), 33-71.
- Franklin, Barry Comp. (1996). *Interpretación de la discapacidad. Teoría e historia de la educación especial*. Barcelona: Pomares.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Madrid: Gedisa.
- Guajardo-Ramos, E. (2017). *Educación inclusiva en la enseñanza superior. ¿Logran acceder los estudiantes con discapacidad a este nivel educativo?* México: Editorial Académica Española.
- Guajardo-Ramos, E. (2010). La desprofesionalización docente en educación especial. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, Vol. 4 (1), 105-126.
- Guajardo-Ramos, E. (2009). La integración y la inclusión de los alumnos con discapacidad en América Latina y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, Vol. 3 (1), 15-23.

- López Campos, A. A. (2012). *La integración e inclusión de los estudiantes con discapacidad en el nivel superior: caso UNAM*. México: UNAM.
- Moreno Valdéz, M. T. (2005). Integración/inclusión de las personas con discapacidad en la educación superior, en *Informe sobre la educación superior en América Latina y el Caribe, La metamorfosis de la Educación Superior*. Caracas: IESALC/UNESCO.
- OMS (1980). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)*. N. Y.: OMS
- OMS (2001). *Clasificación del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)*. N. Y.: OMS.
- OIE/UNESCO (2008). *Educación camino al futuro*. Ginebra: UNESCO.
- ONU (2006). *Convención de los Derechos de las personas con discapacidad*. N. Y.: ONU.
- ONU (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. N. Y.: ONU
- Piaget, J. (1978). *La equilibración de las estructuras cognitivas. Problema central del desarrollo*. Madrid: Siglo XXI.
- Piaget, J, y Rolando García (1892). *Psicogénesis e historia de la ciencia*. México: Silgo XXI.
- UNESCO (1994). *Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales. Calidad con Equidad*. Salamanca: UNESCO.
- Warnock, M. (1978). Moral thinking and government policy: the warnock committee on human embryology, in *The Milbank memory fund quarterly. Health and society*. 504-522.
- Zazzo, R. (1973). *Los débiles mentales*. Madrid: Fontanela.

Fecha de recepción: 29 de noviembre 2017

Fecha de aceptación: 19 de julio de 2018