

TEMARIO PROCESO SELECTIVO PARA DOCENTES DEL CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL SAN MARCOS

INCLUDES ALMENDRALEJO



ÍNDICE

- 1. Presentación.....**
- 2. Discapacidad intelectual.....**
 - 2.1. Concepto.
 - 2.2. Evolución.
 - 2.3. ¿Qué entendemos nosotros por (dis)capacidad?
- 3. La calidad de la enseñanza.**
- 4. Educación inclusiva.**
- 5. Atención a la diversidad.**
- 6. El sistema educativo.**
 - 6.1. Agentes del sistema educativo.
 - 6.1.1 Alumnado.
 - 6.1.2. Familia.
 - 6.1.3. Profesionales.
 - 6.1.4. Equipo directivo.
 - 6.1.5. Otros agentes.
- 7. Proceso de transformación de la educación.**
 - 7.1. Conducta adaptativa.
 - 7.1.1. Concepto.
 - 7.1.2. Evaluación de la conducta adaptativa en los servicios de apoyo.
 - 7.1.3. ¿Cómo trabajamos en nuestro centro las habilidades adaptativas?
 - 7.2. Calidad de vida.
 - 7.2.1. Concepto.
 - 7.2.2. Evaluación de la Calidad de Vida en los servicios de apoyo.
 - 7.2.3. ¿Cómo trabajamos en nuestro centro la calidad de vida?
 - 7.3. Curriculum
 - 7.4. Herramientas educativas para lograr educación inclusiva.
 - 7.4.1. Curriculum Multinivel (CM)
- 8. Nuestra metodología de trabajo.**
 - 8.1. Planificación Centrada en Familias.
 - 8.2. Planificación Centrada en la persona.
 - 8.3. ¿Cómo adaptamos estos enfoques a nuestro centro educativo?

Presentación

La historia de nuestro cole comienza hace unos 30 años, fue creado, al igual que todos los Centros de Educación Especial (CEE) de la época, en la cultura del déficit. Un momento en el que hablar de discapacidad implicaba centrar nuestra atención en torno a las limitaciones de nuestros chicos y chicas, atendiendo lo que no sabían o no podían hacer, e intentando por todos los medios que consiguieran avanzar en esos aspectos.

“María no sabía leer por aquel entonces, poníamos todo nuestro esfuerzo en que aprendiera las diferentes letras del abecedario, las identificara correctamente, asociara el sonido a cada una de las letras... trabajábamos años y años sobre ese objetivo pero nunca alcanzamos la meta, María nunca aprendió a leer”.

En este momento, queremos cambiar, queremos que nuestro trabajo sea eficaz y tenga significado tanto para las personas con las que trabajamos como para sus familias. Queremos transformar nuestra forma de trabajar, prestando especial atención a todas las capacidades que poseen nuestros chicos y chicas, potenciarlas al máximo, no sólo en nuestro centro sino en todos los entornos en los que se desenvuelven, incluidos los centros “ordinarios”. Ahora queremos preguntarle a nuestros chicos y chicas y a sus familias que les preocupa, siendo ellos mismos los que marquen el camino de nuestro trabajo.

“Nunca le preguntamos a María si quería continuar aprendiendo a leer... no sabíamos si esa era la mayor preocupación de su familia...”

Durante todos esos años habíamos olvidado que aunque tuvieran dificultades a la hora de realizar algunas tareas, tenían muchas otras habilidades a las que no estábamos prestando especial atención y a las que sí que podíamos sacarle mucho partido. AHORA es el momento...

“María era una experta jardinera, le encantaba regar las plantas de su jardín y cuidar del pequeño huerto de su abuela, la mayor preocupación de su familia siempre fue que será el día de mañana de María...”



Discapacidad intelectual

1.1. Concepto.

La definición con mayor aceptación es la que nos propone el DSM-5 (APA, 2014, p.31), donde define discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por:

Un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Éstos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en casa o en la comunidad.

El DSM-5 distingue diferentes niveles de gravedad, que se determinan en función del funcionamiento adaptativo de la persona. Botero-Franco, Palacio-Ortiz, Arroyave-Sierra y Piñeros-Ortiz (2016, p.203) ofrecen un breve resumen de los dominios a tener en cuenta para determinar la gravedad (véase Tabla 1).

Tabla 1. *Escala de gravedad de la discapacidad intelectual DSM-5.*

Gravedad	D. Conceptual	D. Social	D. Práctico
317 (F70) Leve	Aprendizaje, tiempo y dinero, pensamiento concreto, funciones ejecutivas, memoria.	Inmadurez social, lenguaje y comunicación concretos, dificultades en regulación de emociones.	Requiere soporte para tomar decisiones, trabajos poco complejos.
318.0 (F71) Moderado	Lento progreso en aprendizaje, evidente desde los primeros años.	Pobre lenguaje expresivo, no interpreta señales sociales.	Soporte permanente, toma tiempo que sean independientes.
318.1 (F72) Grave	Habilidades limitadas, soporte para resolución de problemas.	Lenguaje limitado a frases cortas y simples; los familiares son fuente de apoyo.	Soporte permanente en todas las actividades de la vida diaria, son incapaces de tomar decisiones, hay alteraciones de conducta.
318.2 (F73) Profundo	Palabras sin uso simbólico, alteraciones visuoespaciales y motoras.	Sólo entiende instrucciones simples o gestos, limitación para actividades sociales.	Depende de otros aunque puede ayudarse, alteraciones de conducta.

Fuente: Botero-Franco et al. 2016.

En la publicación de la Organización Panamericana de Salud, (1995, p.356) la CIE-10 recoge aún el término de Retraso Mental y lo define como: “un estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia”.

En la CIE-10 aún se estima el grado de retraso, con las puntuaciones obtenidas en herramientas estandarizadas de inteligencia, que determinan el Coeficiente Intelectual (CI) de la persona (véase Tabla 2).

Tabla 2. Grados de retraso mental según CIE-10.

Grado de retraso mental	CI	Características
(F70) Retraso Mental Leve	CI 50-60	Dificultades en el aprendizaje escolar. Capaces de trabajar. Buenas relaciones sociales. Contribuyen a la sociedad.
(F71) Retraso mental Moderado	CI 35-49	Marcado retraso en el desarrollo. Cierta independencia en el cuidado personal. Posibilidad de adquirir algunas habilidades académicas y de comunicación. Necesidad de apoyos para vivir y trabajar en la comunidad.
(F72) Retraso Mental Grave	CI 20-34	Necesidad de apoyos constantes.
(F73) Retraso Mental Profundo	CI<20	Severa limitación del cuidado personal, la continencia, la comunicación y la movilidad

Fuente: CIE-10 (Organización Panamericana de Salud, 1995, p. 356-357).

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la elaboración de la CIE-10, ha continuado dando pasos hacia concepciones más actuales del término. En 2001 crea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) dónde se define el marco conceptual de la discapacidad en general (Hurtado, 2016). Deja a un lado el modelo médico tradicional y apuesta por incorporar aspectos sociales y contextuales (Padilla-Muñoz, 2010).

La OMS crea un grupo de trabajo para revisar el concepto de retraso mental en la nueva revisión del CIE, CIE-11. En 2011 anuncian que en la próxima edición el término retraso mental será sustituido por el de Trastorno del desarrollo intelectual (TDI) (Tamarit-Cuadrado et al. 2017).

Un autor referente en el campo de la discapacidad es el Doctor Robert L. Schalock, en uno de sus trabajos Schalock et al. (2007, p.6-7) recoge la siguiente definición de discapacidad:

La expresión de limitaciones en el funcionamiento individual en un contexto social y que representa una desventaja sustancial para el individuo. La discapacidad tiene su origen en un trastorno del estado de salud que genera deficiencias en las funciones del cuerpo y en sus estructuras, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación dentro de un contexto de factores medioambientales y personales.

Schalock et al. (2007) secunda la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana de Discapacidad del Desarrollo e Intelectual (AADDI), anteriormente denominada Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) y en sus inicios Asociación Americana de Deficiencia Mental (AADM). La recoge con una mínima modificación, en la que se sustituye el término retraso mental por discapacidad intelectual (Schalock et al., 2007, p.24): “la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y adaptativas prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años”.

Schalock et al. (2007) apoyándose en el trabajo de Luckasson et al. (2002), entiende que esta definición debe tener en cuenta ciertas condiciones para poder aplicarse (véase Tabla 3).

Tabla 3. Premisas para la aplicación de la definición de discapacidad intelectual.

1ª Premisa.	Las limitaciones en el funcionamiento actual deben considerarse en el contexto de entornos comunitarios típicos de otras personas de similar edad y su cultura.
2ª Premisa.	Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad lingüística y cultural además de las diferencias en factores comunicativos, sensoriales, motores y conductuales.
3ª Premisa.	En un individuo, las limitaciones a menudo coexisten con los puntos fuertes.
4ª Premisa.	Un objetivo importante de la descripción de las limitaciones es el desarrollo de un perfil de apoyos necesarios.
5ª Premisa.	Con apoyos personalizados apropiados durante un periodo continuo, el funcionamiento vital de una persona con DI, por lo general, mejora

Fuente: Luckasson et al. (2002)

Por último, es interesante recoger la definición de Javier Tamarit, otro autor importante en el campo. En su trabajo Tamarit-Cuadrado et al. (2017, p.455) entienden los Trastornos del Desarrollo Intelectual (TDI) como: “un grupo heterogéneo de afecciones del desarrollo caracterizadas por un deterioro significativo de las funciones cognitivas, que se asocian con limitaciones en el aprendizaje, la conducta adaptativa y las habilidades”.

1.2. Evolución.

A lo largo de la historia cada sociedad ha vivido un momento histórico definido por diferentes necesidades y creencias. Este contexto social ha determinado la concepción de discapacidad y todo lo que rodea al término, estableciendo expertos, criterios de clasificación, tipología, terminología, papel social y tratamiento. Aun así, existen ciertas constantes históricas en el trato a esta población caracterizándose por ser segregado y desigual al resto de la población (Díaz, 1995).

El concepto de discapacidad se ha visto fundamentado en diferentes modelos, que nos han permitido comprender y clasificar este concepto. Para Padilla-Muñoz (2010) los más relevantes son: el modelo médico-biológico, modelo social, modelo de las minorías colonizadas, modelos universal de discapacidad y modelo biopsicosocial (véase Tabla 4).

Tabla 4. Modelos que fundamentan el concepto de discapacidad a lo largo de la historia.

Modelo médico-biológico.	La discapacidad es entendida como una enfermedad y como una condición de la persona. Precisa de cuidados médico individuales. El tratamiento está orientado a la curación o mejora de la persona y/o su conducta.
Modelo Social.	La discapacidad es concebida como un conjunto de condiciones creadas por el contexto social. El tratamiento del problema requiere la participación de la sociedad en general, realizando las modificaciones necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de su vida social.
Modelo de las minorías colonizadas.	Similar al modelo social, pero añade la lucha por los derechos de las personas con discapacidad. Se considera a la persona con discapacidad discriminada, marginada y explotada por la sociedad.
Modelo universal de discapacidad.	Entiende la discapacidad como un fenómeno universal, todo ser humano tiene capacidades y discapacidades que deben ser cubiertas por la sociedad.
Modelo biopsicosocial.	Sitúa a la discapacidad como un problema de la sociedad y no como característica de la persona. Se basa en la interacción de la persona con discapacidad y su medio ambiente, este último influye en su nivel de funcionamiento

Fuente: Padilla-Muñoz (2010)

Según García y Sánchez (2004) existen diferentes modelos para respaldar la evolución de las mentalidades sociales con respecto a la discapacidad, en estos modelos se aprecia una evolución desde las creencias sobrenaturales hasta la aceptación completa de la persona con discapacidad. En su trabajo se recoge esta evolución según dos autores: Puig de la

Bellacasa (1990) que distingue tres modelos (véase Tabla 5) y Casado (1991) que nos habla de cuatro modelos (véase Tabla 6).

Tabla 5: *Modelos de la evolución de las mentalidades sociales I.*

Modelo Tradicional.	Asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del maligno.
Modelo de la rehabilitación.	Prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.
Modelo de la autonomía personal.	El logro de una vida independiente es el objetivo básico.

Fuente: Puig de la Bellacasa (1990)

Tabla 6: *Modelo de la evolución de las mentalidades sociales II.*

Modelo de integración utilitaria.	Se acepta a los sujetos con menos cabo “con resignación providencialista o fatalista”.
Modelo de exclusión aniquiladora.	El sujeto es encerrado y ocultado en el hogar.
Modelo de atención especializada y tecnificada.	Dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.
Modelo de accesibilidad.	Se basa en el principio de “normalización”, donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás.

Fuente: Casado (1991)

Los términos para referirse a las personas con discapacidad también han evolucionado a lo largo de la historia. Crespo, Maribel y Verdugo (2012) nos ofrecen una evolución histórico-social de la sociedad española, donde recogen que anteriormente a la promulgación de la Constitución de 1978, en España era habitual el uso de términos como anormales, inválidos, inútiles, subnormales o deficientes. La constitución de 1978 inicia una etapa de mejoras para las condiciones de vida de las personas con discapacidad, estos términos dejan de sustantivarse y se usan como particularidades añadidas a la persona, priorizando persona por encima de ninguna etiqueta. En el Real Decreto 348/1986 se reemplazaron los términos de subnormalidad y subnormal por los de minusvalía y persona con minusvalía. Hoy en día el término minusvalía se sustituye por el de discapacidad.

Según Schalock et al. (2007) el constructo de discapacidad intelectual se engloba dentro del constructo de discapacidad, el cual se entiende como el resultado de la interacción de la persona con el ambiente en el que se desenvuelve. Esta concepción socioecológica de la discapacidad entiende que si se ofrecen los apoyos necesarios la persona con discapacidad puede mejorar su funcionamiento.

Reconocer que es posible mejorar el funcionamiento de las personas con discapacidad hace que el concepto de discapacidad evolucione, desde una perspectiva en la que la discapacidad era una característica propia de la persona, hasta entender que es el resultado de componentes orgánicos y sociales que repercuten en la persona limitando su funcionamiento en el desempeño de tareas y roles propios del contexto social en el que se desenvuelve (Schalock et al., 2007).

Todos estos cambios hacen que cada vez sea más habitual el uso del término discapacidad intelectual en lugar de retraso mental, pero para entender el cambio es necesario realizar una revisión de los enfoques que a lo largo de la historia han pretendido definir y clasificar el término de discapacidad intelectual. Schalock et al. (2007) distingue cuatro enfoques: social, clínico, intelectual y criterio dual (véase Tabla 7).

Tabla 7. *Enfoques para la definición y la clasificación de la discapacidad intelectual.*

Enfoque Social.	Las personas con retraso mental no lograban adaptarse a su ambiente. Énfasis en conducta social y el prototipo de conducta natural esperada.
Enfoque Clínico.	El interés se centra en los síntomas y en síndrome clínico de la persona. Condujo a la segregación de las de la persona con discapacidad intelectual.
Enfoque Intelectual.	Inteligencia como constructo factible, reflejado en una puntuación Coeficiente Intelectual (CI). El CI clasificaba la gravedad de la discapacidad intelectual.
Enfoque del criterio dual.	Se tiene en cuenta el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa.

Fuente: Schalock et al. (2007)

Aun así, revisando las definiciones utilizadas en el último medio siglo tanto discapacidad intelectual como retraso mental mantiene tres constantes: limitaciones en la actividad intelectual, limitaciones conductuales a la hora de desarrollarse en el contexto social en el que se desenvuelve y temprana edad de inicio. (Schalock et al., 2007).

1.3. ¿Qué entendemos nosotros por (dis)capacidad?

Tal y como hoy se concibe, la (dis)capacidad, no puede entenderse como un rasgo personal sino, como una función: es decir, como el producto de la interacción entre factores personales (en particular el estado de salud de una persona), y factores contextuales (en forma de barreras o facilitadores), propios del entorno en la que esa misma persona se desenvuelve (Echeita, Martín, Simón y Sandoval, 2016).

El resultado de ese producto para algunas personas con déficits sensoriales, motores, cognitivos o de cualquier otro tipo respecto al desarrollo considerado como normotípico, puede dar lugar a un funcionamiento limitado para la realización en ciertas actividades (desplazarse, entender ciertos mensajes, cuidar de su propio aseo personal, comunicarse, etc.) o restricciones en su capacidad para participar en la vida social, laboral, política,

cultural, como la mayoría de sus conciudadanos. Pero tanto las limitaciones en la actividad como las restricciones para la vida ciudadana, puede minimizarse e incluso desaparecer si las actitudes hacia la diversidad humana fueran más positivas y los factores contextuales fueran más accesibles para todos (Echeita et al., 2016).

De ahí, por ejemplo, que en los últimos años y promovido por las propias personas de las que hablamos, se ha ido extendiendo el concepto de “hombres y mujeres con diversidad funcional” (Romanach y Lobato, 2005), para referirse en positivo a las personas que en el ideario colectivo y común llamamos “personas con discapacidad”. Pero hay que reconocer que no es un término generalizado y también que hay colectivos de “personas con discapacidad” que no se identifican con él.

Por lo tanto, y siguiendo Echeita et al. (2016), utilizaremos en nuestra escritura la forma: (dis)capacidad, entendiéndolo como una solución de compromiso, primero para llamar la atención sobre la importancia de quitar ese prefijo negativo (dis), que tanto condiciona las expectativas y actitudes de las personas que se consideran a sí mismas sin discapacidad; y segundo para tratar de resaltar lo importante que son las personas con capacidades y funcionamientos diversos, igual de valiosas y dignas de consideración y reconocimiento que cualquier otra.

La calidad de la enseñanza

Una educación escolar de calidad sería aquella que permite que todos los alumnos y alumnas alcancen el más alto nivel de desarrollo en todos los ámbitos en los que este se produce. La búsqueda de la excelencia y de la equidad, son desde esta perspectiva, las señas de identidad de una educación escolar de calidad.

Responder con equidad a la diversidad humana, es un desafío que actualmente está presente en todas las sociedades. Queramos reconocerlo o no, vivimos en un mundo donde la diversidad de formas de ser, sentir, aprender, participar, amar o creer, entre otras muchas, es la norma, y donde la creciente y compleja interdependencia de un mundo globalizado nos conduce a la imperiosa necesidad de aprender a valorar dicha diversidad y a convivir respetuosa, solidaria y dignamente con ella (Echeita et al. 2016).

La escuela debería ser, en primer lugar, el microcosmos de esa sociedad inclusiva deseada, el lugar privilegiado donde enseñar a todo el alumnado a convivir y aprender con y de la diversidad (Echeita, 2013). La equidad en educación hace referencia, no sólo a cuestiones relacionadas con la diversidad de los estudiantes por razones de género, procedencia, capacidad u orientación afectivo sexual entre otras, sino también a factores como el lugar de residencia (región y tipo de localidad – rural/urbano), el tipo de centro escolar al que se acude (público/privado) o incluso a ciertas características de estos (por ejemplo, pequeño/grande).

No concebimos una idea de calidad donde no estén presentes y bien articuladas la aspiración por una excelencia en los aprendizajes y rendimientos, con la exigencia de que esa excelencia alcance a todo el alumnado, esto es, que se acompasa con equidad (Echeita et al. 2016)

Marchesi y Martín (2014, p. 66) proponen una definición de calidad que intenta hacer coincidir ambas dimensiones y que combina a su vez los dos grandes niveles de análisis de la educación escolar, el centro o institución educativa y el sistema en su conjunto:

Una escuela de calidad es la que favorece el desarrollo de las competencias cognitivas, afectivas, sociales, estéticas y éticas de todos sus alumnos, vela por su bienestar emocional, busca estrategias para responder a su diversidad personal y cultural, procura elaborar un proyecto colectivo en el que la comunidad educativa participe y se sienta comprometida, y establece relaciones con otras escuelas e instituciones para el logro de estos objetivos.

Un sistema educativo de calidad es el que apoya el funcionamiento de este tipo de escuelas, las evalúa de acuerdo con estos principios, otorga una máxima prioridad a la formación y al desarrollo profesional de los docentes, refuerza especialmente a aquellas escuelas que se enfrentan a mayores desafíos por la composición de su alumnado y considera que la equidad educativa es parte inseparable de su calidad.

Ahora bien, en la actualidad un porcentaje muy importante de alumnos y alumnas que terminan la escolarización obligatoria lo hacen sin haber conseguido adquirir (o habiéndolo hecho de forma muy precaria) las competencias que, en principio, se suponen que deben garantizarles bien la continuidad en sus estudios, bien una inserción digna y adecuada en el mundo laboral y en la sociedad del conocimiento en la que nos ha tocado vivir y que, en mayor grado, aún vivirá las nuevas generaciones (Fernández-Enguita, 2010).

Un sistema educativo tendría mayor equidad sí, como consecuencia de sus políticas en los distintos planos que inciden sobre su desarrollo, los resultados o los logros escolares (entendidos en su sentido más amplio, esto es, no sólo como resultados académicos), están muy poco relacionados - o nada - con las variables personales, sociales o educativas (Echeita et al. 2016).

Educación Inclusiva

Las mayores y peores situaciones de inequidad son las que se ligan a los procesos de discriminación y desventaja escolar son las que tienen que ver con las características personales: género, color de piel, grupo étnico/cultural de procedencia, existencia de algún tipo de (dis)capacidad, identidad sexual u orientación afectiva sexual, entre otras. Históricamente la respuesta a estas situaciones ha sido la exclusión de una escuela pensada y creada, inicialmente, solo para una minoría que podría nombrarse de la siguiente forma: “solo para los niños pudientes, blancos y sanos” o en su defecto para los hijos de grupos que detentan el poder o se sitúan en el estrato superior de las sociedades (Echeita et al. 2016).

Por suerte esa exclusión inicial ha ido cediendo a las presiones en favor de la igualdad a distinto ritmo y con diferentes énfasis en según qué continentes y países y diferencialmente respecto a los grupos citados tornándose primero en segregación. Es decir, diferenciadas para niñas y niños, para blancos y negros, para niños y niñas “normales” y para niños y niñas “especiales” (Echeita, 2014).

Desde 1994 la UNESCO viene diciendo que la escuela debe dejar de excluir a algunos, para tratar de incluir a todos y todas. Si queremos construir una sociedad igualmente incluyente, es decir, justa, equitativa y democrática, debemos sembrar en las escuelas entendiéndolas como espacios con capacidad y condiciones para acoger y responder con calidad a toda la diversidad del alumnado.

El 13 de diciembre de 2006 se redactó la nueva Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), donde en el Artículo 24 se reconoce que la educación inclusiva es un derecho; y que para alcanzarla es necesario hacer uso de los ajustes razonables en la escuela.

Según Carrasquero (2018) el concepto de ajustes razonables está estrechamente relacionado con la “accesibilidad universal” y el “diseño para todos”. Se plantea así la *accesibilidad universal* como una acción necesaria para el ejercicio de los derechos, en igualdad de condiciones, por todos los individuos; y el *diseño para todos* como el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. Los *ajustes razonables*, definidos en el artículo 2 de la CDPD, son:

“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”

Los ajustes razonables nos permiten hacer realidad la educación inclusiva, creando un fondo de provisiones, efectuando modificaciones y adaptaciones adecuadas y dando facilidades que nos permitan ejercer el derecho en igualdad de condiciones y eliminar la discriminación.

España, y por lo tanto todo centro educativo perteneciente a este país, es parte de este acuerdo internacional y por lo tanto ha adquirido el compromiso de respetar los derechos y hacerlos realidad. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se indica que de aquí a 2030 debemos eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con (dis)capacidad, los pueblos indígenas y los niños y niñas que estén en situaciones de vulnerabilidad (Milenio, 2016).

Por lo tanto, se hace necesario repensar la forma de entender y responder a la diversidad del alumnado, en el marco del proyecto de sociedad deseado. Repensar si lo adecuado es seguir separando y agrupando “a los iguales con los iguales” o si lo necesario es construir centros y aulas con la capacidad de acoger y ajustarse educativamente hablando a la diversidad del alumnado, de forma que todos tengan el mejor logro escolar posible y contribuyan, con ello, al avance hacia una sociedad más inclusiva y cohesionada (Echeita et al. 2016). Es importante señalar que en este proceso de cambio hacia la inclusión la mayoría de los niños y niñas, adolescentes y jóvenes con (dis)capacidad, estén todavía segregados en aulas o centros de educación especial, simplemente sin acceso a ninguna forma de educación formal (UNICEF, 2013)

Estamos hablando de un cambio de concepciones y actitudes individuales pero también colectivas, que tienen que estar presente en cada profesor o profesora en particular (así como en otros agentes educativos), pero sobre todo, en el seno de las comunidades educativas que configuran los centros escolares (Ainscow, 2015).

Atención a la diversidad

Entendemos la atención a la diversidad como la capacidad de ajustar la ayuda pedagógica que presta el docente a la individualidad de cada aprendiz, en función de las características, necesidades y posibilidades de cada uno de ellos y ellas (Coll, y Miras, 2001).

Por lo tanto las prácticas escolar deben ajustarse a las capacidades, intereses, motivaciones y recursos sociales y emocionales de los alumnos con la intención de que puedan aprender y rendir al máximo, en un contexto en el que se sientan reconocidos y valorados en su diversidad (de género, procedencia, capacidad...) y donde esa diversidad, sea precisamente, un estímulo para el desarrollo de formas de enseñar enriquecidas y valiosas para todos y todas (Echeita et al. 2016).

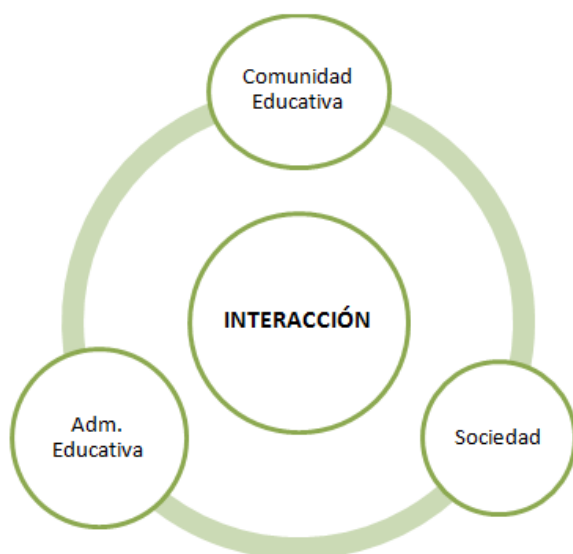
Ahora debemos huir de las prácticas y metodologías basadas en la homogeneidad, pensadas para la mayoría del alumnado "normal" y luego adaptadas, en lo que se pueda, para algunos alumnos o alumnas "especiales". Debemos tornar a formas de enseñar y aprender pensadas para todos, que atiendan la variedad, ofrezcan diferentes opciones y oportunidades y que sean flexibles. El profesorado debe adaptar la manera de comunicar lo que se ha de aprender, y el alumnado el cómo expresar lo aprendido (Echeita et al. 2016).

El sistema educativo

A continuación vamos a tratar de abordar el sistema educativo en el que nos desenvolvemos, prestando especial atención a la situación de la inclusión educativa en nuestro país y a los agentes necesario de cambio. Para ellos vamos a tomar prestadas las palabras de Verdugo et al. (2009) en su obra *“La educación que queremos. Situación actual de la inclusión educativa en España”*, que no puede reflejar mejor qué es lo que pretendemos y lo que tenemos con respecto la educación en nuestro país, para mayor información se puede acceder a él en los anexos de este documento (Anexo 1).

6.1. Agentes de la comunidad educativa.

El sistema educativo incluye dentro de su ámbito todas las redes de relación e interacciones entre la *comunidad educativa* (alumnado, familias, profesorado y/o profesionales, equipos directivos y otros agentes), la *administración educativa* (teniendo en cuenta, por un lado, que el marco normativo va a determinar la estructura del sistema educativo y el enfoque curricular y, por otro, la importancia de los procesos en: la formación, la evaluación, la investigación, liderazgo y gestión y la coordinación entre administraciones) y la *sociedad en general* (los lugares de la comunidad que ofrecen servicios a cada ciudadano, los centros universitarios, otras Administraciones y organismos tales como los que se ocupan de los sistemas de salud y servicios sociales, los movimientos sociales o asociativos).



La disposición de los elementos de este mapa intenta reflejar de una forma no exhaustiva ni lineal los elementos que se consideran más claves para que “La Educación que queremos” y que FEAPS (FEAPS, a partir de este momento Plena Inclusión) respalda y desea, tenga éxito.

Los alumnos, las familias, los equipos directivos y los profesionales son los principales agentes de cambio que constituyen la comunidad educativa, sin la cual el cambio no se producirá.

Cada uno de ellos tiene sus particulares necesidades, expectativas e intereses legítimos que el sistema tiene que garantizar. Pero además de estos agentes, en la comunidad educativa se han de considerar otros aspectos de la propia organización y características de los centros.

6.2.1. Alumnado.

Siempre es necesario tener presente a cada alumno de manera singular, tener claro que se trata de educar para poder conseguir el máximo desarrollo personal y social y poder disfrutar de una vida de calidad. A lo largo de la etapa escolar, se le ha de preparar para una vida adulta tan independiente y autónoma como sea posible y que le permita tener destrezas y competencias para seguir aprendiendo a lo largo de la vida y para conseguir avanzar en el propósito de una vida buena. Pero también se ha de educar en el entorno y adaptarlo a las necesidades del alumno.

Siendo lo más importante las personas a educar, cualquier respuesta escolar debe de constituir un apoyo a las mismas. Por tanto no se puede plantear la educación en disyuntivas tales como si se da en centros ordinarios o especiales, sino pensar en los apoyos que necesita la persona en cada etapa de su vida para su desarrollo pleno. Los centros, los profesionales, los recursos..., deben convertirse en apoyos para el desarrollo de las personas. Creemos en un modelo educativo que desarrolla acciones educativas más allá de los centros, de las aulas; acciones educativas participando de entornos comunitarios; acciones educativas que se recogen en el itinerario educativo de cada persona. La escuela no es solo lo que está entre los muros, no se necesitan forzosamente paredes ni pupitres para educar y aprender.

Es importante considerar a los alumnos, con o sin (dis)capacidad, como grupo natural de apoyo.

Los alumnos son en sí mismos usuarios del sistema y por lo tanto, es en ellos en los que se tienen que ver los resultados. Resultados personales significativos y valorados que impliquen crecimiento como personas, como ciudadanos, mejora en calidad de vida, en felicidad. Por otro lado, el alumnado tiene que tener el derecho a participar en la organización, gestión y evaluación del sistema. Es preciso escuchar profundamente sus expectativas e ilusiones para conocer qué vida desean y hacerles competentes para acercarse a ella, para ser ciudadanos plenos, para sentirse incluidos en la sociedad y ser críticos y agentes de transformación de la misma.

El principio de individualización es una clave importante, pone en el centro al alumno. Desde esta perspectiva, la acción educativa no se centra en la (dis)capacidad, en el déficit, en la acción especializada. Se trata de crear sistemas, aulas, que hagan sitio a todos los niños y niñas, que respeten todas sus diferencias; sistemas que ayuden a descubrir la riqueza de la diversidad humana, a reconocerla, respetarla y promover

cooperación y ayuda. Esto es posible si todos los agentes adquieren un compromiso y creen en un modelo que promueve inclusión en vez de exclusión y segregación.

6.2.2. Familias.

Las familias también tienen que ser profundamente escuchadas, desde un plano de respeto y confianza. Para ello, es esencial el tipo de relaciones que se establezcan con el profesorado. En un informe sobre este asunto, en el ámbito de la educación de alumnado con trastornos del espectro de autismo se señala:

“Crear las condiciones para un entorno de colaboración hogar-escuela comienza con el reconocimiento de que la cooperación padres-profesional es algo que va más allá de la legislación, y que las condiciones interpersonales son la base para una implicación significativa de las familias (...). El fundamento para esa relación debe basarse en una voluntad de escucha por parte de los profesionales, en el reconocimiento de que la confianza es un elemento básico de la cooperación, en la aceptación y reconocimiento de los valores de la persona” (Simpson y cols., 2003).

Las familias, además, han de tener un papel protagonista, participando en igualdad con el resto de la comunidad educativa, colaborando en la organización, gestión y evaluación del sistema, además como cliente, ya que son los tutores de sus hijos menores de edad y por tanto con derecho y poder para valorar el sistema y sus resultados de acuerdo con sus propias necesidades, intereses y expectativas. A fin de cuentas ellas tienen el derecho constitucional de elegir el tipo de educación que quieren para sus hijos y ellas deciden a qué colegio llevan a sus hijos.

En el informe previo al Congreso Internacional de Ginebra celebrado en 2008 se indica, en relación al papel de las familias, lo siguiente:

“Las familias y las comunidades tienen derecho a participar y pueden contribuir de múltiples formas. En particular conocen a sus hijos mejor que los profesionales.

El logro de la participación de las familias y la comunidad es un proceso gradual basado en la confianza. La participación de los grupos marginados requiere un esfuerzo especial.

Las familias y los grupos comunitarios pueden en ocasiones adoptar un papel de vanguardia como activistas de la educación inclusiva.

Los derechos de las familias a la participación pueden incorporarse a la legislación o en el sistema de administración de la escuela.

Las comunidades también pueden participar satisfactoriamente en la administración de la escuela o del sistema educativo en su conjunto.”

6.2.3. Profesionales.

Los profesionales (docentes o no), como agentes de primera fila a la hora de proporcionar el servicio, son los responsables más directos para que “La Educación que queremos” tenga éxito, más allá de los medios y recursos de que se disponga (en escuelas casi sin paredes ni otros recursos funcionan y han funcionado muy buenos modelos). Ellos son los que tienen que sentir, y actuar en consecuencia, como parte de una red de apoyos al servicio de cada uno de los alumnos, de las familias y de un modelo social.

El docente y otros profesionales de la educación han de estar comprometidos con el alumnado, para lo cual deben centrar su intervención en las características individuales y en las necesidades de las personas a las que educan, y no tanto en los programas a desarrollar. Deben comprender las diferencias y el valor de cada alumno y alumna como persona; que todos pueden aprender si se descubre el estilo de aprendizaje individual y las capacidades y talentos. Es importante que los profesionales que intervienen en el día a día tengan expectativas con el alumnado que presenta (dis)capacidad intelectual, que crean y confíen en sus posibilidades de aprendizaje, desarrollo y convivencia. Las actitudes, expectativas, la confianza y nivel de formación de los profesionales constituyen factores clave en el desarrollo de las políticas de inclusión.

Deben asumir un modelo de sociedad inclusiva, que tiene en cuenta el respeto a las diferencias, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades, y comprender los principios de una escuela para todos. Asimismo es importante disponer de una filosofía de la educación acorde a un modelo inclusivo.

En un modelo de educación inclusiva es necesario un profesorado que se implique en el trabajo en equipo, que realice un trabajo entre un equipo de profesionales, con apoyo entre compañeros. Es importante que se vayan estructurando redes entre profesionales, y que sea un estímulo para el desarrollo profesional. Es importante *“la circulación horizontal del conocimiento y que los participantes se vinculan en relaciones que trascienden al propio centro”* (López, 2008). Esta forma de trabajo permite combatir el aislamiento del profesorado. En una escuela inclusiva se necesita de la *cooperación entre profesionales y no una concepción individualista de la enseñanza*; y se concibe la enseñanza como un modo de hacer aprender a otros aprendiendo uno mismo. Una escuela inclusiva exige profesionales comprometidos en actitudes y en la acción para el cambio, que su método de trabajo se base en la reflexión compartida y la toma de decisiones para mejorar.

Los roles de los profesionales en la educación han de revisarse; son necesarios otros roles más allá del técnico, como por ejemplo el rol de consejero, indagador de recursos

educativos en la comunidad, colaboración en la planificación para el proyecto de vida del alumno, coordinación de los apoyos.

Es importante una formación acorde a todo ese conjunto de roles, especialmente una formación en actitudes y en comportamiento ético. Asimismo, es importante una formación en educación inclusiva. Ello lleva a solicitar una reorientación en los planes de formación y capacitación de los profesionales. Entre otros aspectos, debe orientarse su competencia y su formación en:

“capacidad para comprender las necesidades personales desde el lugar de otro; confianza en sí mismo, transmitiendo seguridad con su actitud; equilibrio y estabilidad emocional; capacidad para adaptarse a situaciones diferentes; ser flexible; ser creativo y enseñar a desarrollar la capacidad de crear e investigar” (Hernández de la Torre, 2003).

6.2.4. Equipos directivos.

El liderazgo es clave para el éxito de la educación. La dirección de los centros y su equipo son los responsables de liderar y gestionar adecuadamente todos los procesos que garanticen el buen funcionamiento y la mejora del modelo en un centro concreto y con unas personas concretas, recogiendo en el proyecto educativo de centro.

En relación con su papel en asegurar realmente una escuela inclusiva un reciente estudio informa del hallazgo siguiente: *“El factor que resalta por encima de todos era la creencia del director acerca de que los niños con autismo podrían incluirse en clases ordinarias. Específicamente, esta creencia positiva correlaciona con las actitudes de los directores hacia la inclusión” (Horrocks y cols, 2008).*

6.2.5. Otros agentes que intervienen en la comunidad educativa.

Se han de establecer las condiciones que hagan posible el desarrollo de una educación inclusiva. Los principales protagonistas de estos procesos, que trabajan en el ámbito de las necesidades específicas de apoyo educativo, deberían desarrollar y difundir proyectos que garanticen el intercambio de buenas prácticas. Ya se han mencionado a los principales agentes de cambio que constituyen la comunidad educativa: alumnos, familias, equipos directivos y profesionales. Además, deben implicarse otros agentes:

- **Equipos de Apoyo Externos** que orientan a los profesionales de atención directa, que conocen las necesidades de los centros educativos, tanto de los profesionales como del alumnado y de sus familias y que promueven acciones para la mejora en la intervención educativa.

- **Organizaciones** que trabajan en favor de las personas con (dis)capacidad, no sólo como interlocutores relevantes para la administración educativa, sino también como recurso y apoyo a la inclusión. Asociaciones que pertenecen a Plena Inclusión ya han puesto en marcha acciones concretas en este sentido, dirigidas a alumnos, familias y profesionales.
- **Autoridades locales** que también deberían implicarse en el desarrollo y difusión de proyectos que favorezcan la inclusión.

Son necesarias para ser agentes en la construcción del proyecto de vida que genere las máximas cotas de felicidad. Dicen así Arbea y Tamarit (2003):

“El sentido de la educación depende del tipo de planteamiento que, aún no conscientemente, nos hagamos; por un lado, podemos considerar el fin educativo centrado en el presente, en la dotación en el momento que corresponda de unos contenidos concretos de conocimiento; desde otro punto de vista, podemos considerar la educación con una finalidad proyectada al futuro vital del niño, en donde la mera inyección de conocimientos desdibuja su sentido si no persigue cierto impacto en el desarrollo de una vida mejor. En este caso la acción educativa persigue el sueño de servir, de ser útil, para lograr una vida percibida plena, satisfactoria, digna y en búsqueda activa de entornos justos en los que convivir. En nuestra opinión, defendemos que la educación alcanza más su verdadero sentido finalista en esta visión de futuro”.

Para Plena Inclusión la misión de educar, desde estas perspectivas, consistiría en: *conseguir que las personas tengan poder para, con los apoyos necesarios, construir, desplegar y defender su proyecto vital en contextos de convivencia justos, contribuyendo a la riqueza humana y contribuyendo a la transformación hacia una sociedad de excelencia moral.*

Debe quedar claro que educación y escolarización no es lo mismo. La educación es un proceso que abarca toda la vida, es un proceso de socialización, implica una concienciación cultural y conductual. Estamos en un proceso permanente de aprendizaje a lo largo de la vida. El sistema escolar ofrece educación en una etapa importante de la vida de las personas, etapa clave que sin duda va a marcar su futuro y el futuro social; intenta transmitir ideas, valores, conceptos, competencias e información utilizando metodologías que ayuden a comprender el mundo, y lo hace de manera sistemática y regulada. Sin duda a través del sistema escolar es la forma en la que una sociedad transmite y conserva su existencia colectiva.

PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN

Nuevamente tomamos prestadas las palabras de Verdugo et al. (2009) para hablar del proceso de transformación de la educación en el que estamos envueltos. Todo lo que se refleja a continuación lo tomamos y, como centro educativo, usamos como guía en nuestro proceso.

La educación debe ser un elemento clave en el proyecto de felicidad de las personas. Fomentar una plena humanidad junto con una ciudadanía plena ofrece a la persona las mejores oportunidades y competencias para desarrollar un proyecto de felicidad personal, su proyecto de vida. La educación debería tener un papel activo en este proceso. En este sentido, la educación ha de promover las competencias necesarias para poder perseguir las mayores cotas de calidad de vida. Educar para una vida de calidad supone mejorar determinados aspectos personales (por ejemplo, autodeterminación, conducta adaptativa), pero también supone adaptar el contexto, definiendo mecanismos de acceso a la sociedad que permitan a la persona con discapacidad intelectual una mayor participación. Plena Inclusión ha asumido el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002) y desde ese modelo se pueden orientar muy adecuadamente las prácticas educativas para asegurar que se alimentan competencias que tienen sentido para una vida buena (en el sentido ético) adulta, una vida plena y feliz.

La felicidad puede entenderse como sentirse bien, el disfrute de actos logrados, de lo ya conseguido, “estoy feliz con mi nueva casa”, “me encanta mi trabajo”, “cómo he disfrutado con esta película”, “¡me ha tocado la lotería!” Esta es la que se denomina corriente hedonista.

La felicidad es algo más que el mero hecho de sonreír o reír. Y para ella puede haber varias rutas (ver, por ejemplo, Seligman, 2005). Una ruta para la felicidad es tener una ‘*Vida agradable*’, que sería la felicidad en base a emociones positivas sobre el pasado (satisfacción), en el presente (placeres tales como comerse un helado, o sentir la brisa del mar) y sobre el futuro (esperanza, optimismo).

Otra ruta para la felicidad sería el ‘*estar absorto*’, enganchado en una actividad placentera, perdiendo el sentido del tiempo, con sensación de logro y de control. Son los momentos de ensimismamiento en algo que nos supone un reto, que nos apasiona, que nos extasía. Mientras estamos en ese estado no somos conscientes, pero luego nos produce una sensación muy placentera.

Otra ruta para la felicidad es enganchar tanto como sea posible nuestros talentos personales y fortalezas con nuestro trabajo, nuestro tiempo libre y de juego, nuestras relaciones con el resto. Esto es lo que se refiere a menudo como ‘*vida buena*’, usar las

propias fortalezas tan a menudo y tan fructíferamente (con provecho) como sea posible en el trabajo, en las relaciones y en el ocio.

El concepto de '*vida significativa*' añade otro componente: usar las fortalezas propias al servicio de algo más allá de uno mismo, encontrar significado y propósito en la vida.

Frente a la vertiente hedonista de la felicidad se expresa también *eudaimonía*, que implica que la felicidad también reside en tener propósitos en la vida, anhelo por alcanzar los sueños, aunque no lleguen a veces a lograrse. Según Ryan, Huta y Deci (2008): "El concepto de eudaimonía, generalmente, es definido como vivir una vida humana completa, o la realización de los potenciales humanos valorados" (139-140). También estos mismos autores señalan que la eudaimonía se refiere "a un modo de vivir, no a un estado psicológico o a un resultado. Específicamente, es un modo de vivir que se enfoca a lo que intrínsecamente merece la pena a los seres humanos" (147).

Una clave de la educación, sería en este sentido el apoyo a proyectos de felicidad, a generar propósitos para una vida buena. Desde la perspectiva de la ética, podríamos decir que la educación tendría mucho que ver en proporcionar competencias para con el apoyo necesario hacer real la vida anhelada, con y para los demás, en instituciones justas (tal y como Paul Ricoeur define la ética).

Tras señalar lo que Verdugo et al. (2009) consideran esencial en el proceso educativo, nos sumamos a esta corriente entendiendo que dentro de nuestras funciones como centro educativo está el velar porque las Personas con (Dis)capacidad Intelectual y del Desarrollo (PDID) y sus familias tengan la oportunidad de ser felices.

Tal y como mencionamos con anterioridad, los centros educativos deben tener un papel activo en este proceso, promoviendo las competencias necesarias para poder perseguir las mayores cotas de calidad de vida y mejorar determinados aspectos personales, como la autodeterminación o la conducta adaptativa.

Por este motivo, consideramos necesario realizar una introducción teórica a los conceptos de *conducta adaptativa* y *calidad de vida*, conceptos con los que trabajamos y nos guían hacia la meta.

7.1. Conducta adaptativa.

7.1.1. Concepto.

A partir de que Heber (1959) incorporara el constructo de conducta adaptativa en la definición de discapacidad intelectual propuesta por la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD), apareció cierta controversia entre los académicos e investigadores por las dificultades encontradas en la definición y medición, entre otras

limitaciones. Pero aun así se ha continuado avanzando e investigando sobre la repercusión que este constructo tiene en las PDI y son muchos los autores que apuestan por él, basándose en las mejoras que tras su utilización se perciben en la clasificación, el diagnóstico y programación de los apoyos individuales de estas personas (Montero y Lagos, 2011).

Según Montero (2003, p.69) es importante señalar que: “lo que es conducta adaptativa en un determinado contexto puede que no lo sea en otro”. Implica que la conducta adaptativa no sea concebida como una característica intrínseca de la persona, sino como un constructo definido por la situación o el contexto en el que se desenvuelve la PDI.

El concepto de conducta adaptativa siempre se ha visto asociado a la definición de retraso mental. Siguiendo a Montero (2005, p.348) en los años ochenta la AADM incluye en su manual la definición de conducta adaptativa de Grossman (1983):

La conducta adaptativa hace referencia a la calidad de las ejecuciones diarias que dan respuesta a las demandas ambientales. La calidad de la adaptación general está medida por el nivel de inteligencia; por lo tanto, el significado de los dos conceptos se superpone en significado. Es evidente, sin embargo, considerando a la definición de la conducta adaptativa con su énfasis sobre las respuestas cotidianas, que la conducta adaptativa se refiere a lo que las personas hacen para cuidar de sí mismas y para relacionarse con otros en la vida diaria, más bien que al potencial abstracto implícito en el concepto de inteligencia.

En 1992, la AARM (ex AADM) en su novena edición decidió proponer un modelo de diez dimensiones de destrezas adaptativas basándose en los estudios de Ford et al. (1989). Las dimensiones mencionadas son: comunicación, habilidades académicas funcionales, autorregulación, salud y seguridad, habilidades sociales, ocio, cuidado personal, habilidades de la vida en el hogar, utilización de la comunidad, salud y seguridad y trabajo. (Montero, 2005).

Según Montero (2003) en año 2002 se publica la décima edición del Manual de la AARM, donde se proponen tres áreas en las que agrupar las distintas dimensiones de destrezas adaptativas (véase Tabla 8).

Tabla 8. *Áreas de destrezas adaptativas.*

Área Conceptual	Área Social	Área Práctica
Comunicación. Habilidades académicas funcionales. Autorregulación. Salud y seguridad.	Habilidades Sociales. Ocio.	Cuidado Personal. Habilidades de la vida en el hogar. Utilización de la comunidad. Salud y seguridad Trabajo.

Fuente: Luckasson et al. (2002)

Montero (2005) enfatiza en la relación del constructo de conducta adaptativa con el concepto de calidad de vida. Cuando la adaptación al entorno es adecuada la calidad de vida de las PDI aumenta considerablemente, siendo la conducta adaptativa un perfecto predictor de calidad de vida.

Por último, en la undécima edición del Manual de la AADID (ex AARM) se conserva la conducta adaptativa como constructo clave en la definición de discapacidad intelectual, lo que refuerza las ideas desarrolladas en los años 80 por la AADM (Montero, 2005).

Actualmente el DMS-5 (APA, 2014) recoge en sus criterios diagnósticos para discapacidad intelectual el constructo de conducta adaptativa. En la CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 1995) se contempla para estimar el grado de discapacidad intelectual de la persona, valorando con escalas específicas la adaptación social del individuo en su entorno.

7.1.2. Evaluación de la Conducta adaptativa en los servicios de apoyo.

Según Cuesta et al. (2016) podemos determinar el estado de salud mental mediante el grado de funcionamiento de la persona en el entorno, entendiendo la discapacidad como el resultado deficiente de la interacción social de la persona afectada con los servicios sanitarios y sociales, las actividades se reducen y la participación social se ve limitada.

Por lo tanto, sabemos que valorar la conducta adaptativa de las personas con discapacidad intelectual es necesario para asegurar una intervención efectiva y significativa para la persona. La evaluación de la conducta adaptativa se centra en la valoración de las destrezas conceptuales, sociales y prácticas que se poseen para desenvolverse en situaciones cotidianas. Esta valoración se realiza a través de herramientas estandarizadas tipificadas en la población ordinaria (Montero, 2003).

El Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (Bruininks, Hill, Woodcok & Weatherman, 1993) es la única herramienta estandarizada y tipificada empleando una muestra de población general de nuestro país (Montero, 2003).

7.1.3. ¿Cómo trabajamos las habilidades adaptativas en nuestro centro?

En nuestro centro tomamos como referencia el Manual de Buenas Prácticas de Plena Inclusión titulado “Educación para personas con retraso mental - Orientaciones para la calidad -” elaborado por Lacasta, Rueda y Tamarit (2000).

Al leer el título de este manual podemos entender la dificultad del proceso, entendemos que cambiar la concepción de la labor educativa es una tarea lenta pero que debe ser constante. Actualmente se continúa trabajando con manuales en los que hacemos referencia a las PDID como personas con retraso mental, pero el uso de esta terminología no exime del

cumplimiento de lo que se recoge en dicho manual. Por lo tanto se recomienda la lectura del manual a todos los docentes que quieran ejercer la labor educativa en nuestro centro con la intención de poner en práctica todo lo que aquí se recoge (Anexo 2).

7.2. Calidad de vida.

7.2.1. Concepto.

Según Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Jordán de Urríes (2013) en los últimos 30 años se han producido cambios significativos en nuestra forma de concebir a las personas con discapacidad intelectual (PDI) (véase Tabla 9).

Tabla 9. *Historía de la concepción de las PDI en la sociedad.*

Primera Fase	1960 – 1970. La discapacidad era entendida como un defecto o anomalía de la persona y la atención que se le prestaba era asistencial y segregada de la población general.
Segunda Fase	1970 – 1980. Se observó que en el desarrollo vital de las PDI las capacidades y el rendimiento era mayor al esperado por su condición. Lo que favoreció la desinstitucionalización y una creciente preocupación por los derechos civiles de esta población. Se comenzó a creer en las capacidades más que en sus dificultades y en favorecer conductas adaptativas. Todo ello repercutió positivamente en la integración en el ámbito educativo, profesional y social.
Tercera Fase	Desde mediados de los 80 hasta la actualidad. Surge la tercera fase, donde el enfoque ecológico toma fuerza. El objeto de intervención no es sólo la PDI sino también su ambiente. Proporcionar apoyos individualizados en los entornos para promover la inclusión en la comunidad, es el objetivo principal.

Fuente: Verdugo et al. (2013)

Esta evolución hacia la inclusión, ha influido en los servicios y programas que trabajan con esta población. Desde una primera concepción donde la intervención con estas personas consistía en institucionalización, pasando por el rechazo y finalmente luchando por la pertenencia a la comunidad. La Tabla 9, aparece en Verdugo et al. (2013, p.445) y está basada en las aportaciones de Bradley, Ashbaugh y Blaney (1994), describe perfectamente la evolución del paradigma de servicios (véase Tabla 10).

El concepto de Calidad de Vida (CDV) surge en la tercera y última fase de la evolución del concepto social. Schalock y Verdugo (en prensa) lo definen como:

Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas –universales- y émicas –ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales.

Tabla 10. *Evolución de un nuevo paradigma de servicios.*

	Institucional	Desinstitucionalización	Pertenencia a la comunidad
¿Quién lo recibe?	Paciente.	Cliente.	Ciudadano.
¿Dónde?	Institución.	Vivienda protegida, taller, centro de educación especial, clase.	En su casa, empleo en la comunidad, escuela de barrio.
¿Qué se planifica en los servicios?	Un plan de cuidados	Un plan individual de rehabilitación.	Un plan personal de futuro.
¿Quién toma las decisiones?	El especialista.	El equipo interdisciplinar.	La persona con su círculo de apoyo.
Principales prioridades	Necesidades básicas.	Habilidades y control del comportamiento.	Autodeterminación y relaciones.
¿Cuál es el modelo?	Custodia/médico.	Evolución/conductual.	Apoyo individual.
¿Cuál es el objetivo?	Control o curación.	Cambiar conducta.	Cambiar el ambiente y las actitudes.
¿Qué determina la calidad?	La práctica profesional y el nivel de cuidados.	La realización de programas y objetivos.	La calidad de vida de las personas.

Fuente: Verdugo et al. (2013. p. 445)

La definición de este concepto nos brinda el escenario para comenzar a transformar las prácticas de los especialistas y el trabajo que desde las organizaciones se ofrece a las PDID y sus familias, con la finalidad de potenciar al máximo la calidad de vida de esta población. Esto se consigue procurando que las necesidades personales de las personas estén satisfechas (Verdugo et al., 2013).

Schalock y Verdugo (2002, 2012) presentan un enfoque multidimensional del concepto de calidad de vida, facilitando con ello la medición de los componentes objetivos y subjetivos de este constructo. Diferencian 8 dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (véase Tabla 11).

Tabla 11. *Dimensiones centrales de Calidad de Vida.*

Bienestar emocional (BE): Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Relaciones interpersonales (RI): Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad. Bienestar material (BM): Tener suficiente dinero para comprar lo que se

necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (Pensión, Ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Desarrollo personal (DP): Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/capacidades, Acceso a nuevas Tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

Bienestar físico (BF): Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.

Autodeterminación (AU): Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y Preferencias Personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.

Inclusión social (IS): Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

Derechos (DE): Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

Fuente: Schalock y Verdugo (2002, p.447).

7.2.2. Evaluación de la Calidad de Vida en los servicios de apoyo.

La aceptación del concepto de calidad de vida como marco para la transformación de los servicios implica cambios orientados al desarrollo y la evaluación de los resultados personales de las PDI (Schalock y Verdugo, 2007).

Si pretendemos conocer el grado en el que una PDI posee calidad de vida es necesario medirla. Su medición nos ofrece una valiosa información que podemos usar a la hora de elaborar planes de apoyo individuales que nos permitan trabajar las necesidades específicas de cada persona. Para ello es preciso determinar cuáles son los ámbitos que precisan mejoraría y eliminar circunstancias que puedan perjudicarles, con el fin de aumentar el nivel de satisfacción con su propia vida (Ginés, 2004).

El propio concepto de calidad de vida en su medición incluye indicadores objetivos y subjetivos, entendiendo por objetivos todos aquellos indicadores que son percibidos de manera similar por la mayoría de las personas que están a su alrededor y por subjetivos la valoración de la propia persona implicada realiza, siendo esta última la más importante de las partes. Debemos tener en cuenta las diferentes necesidades que presenta esta población, además de la edad y el contexto en el que se desenvuelve antes de realizar la medición. No siempre será posible contar con la participación de la PDI sobre todo en grados graves y profundos de DI, pero si es factible debemos contar con la participación de la persona implicada (Ginés, 2004).

En España se han desarrollado instrumentos para la evaluación de la calidad de vida en contextos educativos para niños y adolescentes con discapacidad intelectual (Verdugo et al., 2013). Uno de los instrumentos más recientes es la Escala KidsLife (Gómez et al. 2016) elaborada para medir la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Actualmente es el único instrumento validado en español (Mansilla San Emeterio, 2017).

7.2.3. ¿Cómo trabajamos la calidad de vida en nuestro centro?

En nuestro centro programamos y evaluamos teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de Calidad de Vida, con la intención de establecer una línea base que nos indique si hay cambios en este constructo. Esto nos permite valorar si nuestro trabajo tiene impacto en la vida de las PDID y sus familias y que debemos trabajar para que así sea.

Para ello hacemos uso periódicamente de la Escala Kidslife (Gómez et al., 2016), utilizada para la evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual, con edades comprendidas entre los 4 y los 21 años.

7.3. Curriculum.

Puesto que nos encontramos en un Centro educativo, es importante conocer el Decreto 4/2008 del 11 de enero por el que se aprueba el Curriculum de educación infantil en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Así como Decreto 103/2014, de 10 de junio, por el que se establece el currículo de Educación Primaria para la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Si bien es cierto, que en nuestro Centro educativo, el nivel de competencia curricular a nivel general se encuentra principalmente en la etapa de infantil y primeros cursos de educación primaria, nuestro Proyecto curricular abarca hasta tercer curso como máximo de primaria, y suelen ser los casos más excepcionales.

Por ello, todo maestro que forme parte de nuestro Centro educativo, deberá conocer y manejar las enseñanzas mínimas de dicho decreto de infantil, y a su vez, saber relacionarlas con las habilidades adaptativas y las dimensiones de calidad de vida de las que hablamos en puntos anteriores.

Si manejamos dichas enseñanzas, sabremos que cada uno de los objetivos dictados en el decreto del curriculum de infantil y primaria, se corresponde con las distintas destrezas adaptativas, por lo que no estamos hablando de conceptos diferentes si no, completamente conexiones entre sí.

La diferencia radica en que, al tratarse de Planes individuales, nosotros adaptaremos dichas destrezas adaptativas a la evaluación inicial que hagamos del alumnado y trabajaremos el

objetivo del curriculum de infantil y/o primaria que más se ajuste a su nivel de desarrollo y que favorezca su calidad de vida. Por ejemplo:

Si un alumno de 15 años aún no ha adquirido el desarrollo de ciertas *Destrezas Adaptativas* en relación al cuidado personal, por ejemplo: el aseo en la ducha, será nuestro deber establecer un Plan Individual en el que aparezca dicho objetivo a trabajar. Para ello haremos uso de los contenidos del *Curriculum* de infantil, donde en el Bloque del Cuerpo y la Propia Imagen, aparece la adquisición de hábitos de cuidado personal e higiene. A su vez, con la consecución de este objetivo, estaremos favoreciendo el aumento de las dimensiones de bienestar físico y autodeterminación de *Calidad de Vida*.

7.4. Herramientas educativas para lograr una educación inclusiva.

7.4.1. Curriculum Multinivel (CM)

Para analizar esta herramienta vamos a basarnos en las aportaciones de Gonzales del Yerro (2020) "Curriculum Multinivel: la herramienta para enseñar en un aula heterogénea" recogidas en la formación ofrecida a las entidades por Plena Inclusión.

¿Qué es el Curriculum Multinivel?

El CM es una herramienta que se utiliza para planificar estratégicamente los distintos elementos que conforman una unidad didáctica con el fin de enseñar unos mismos conceptos a estudiantes que tienen distintas competencias, conocimientos, preferencias y estilos de aprendizaje mediante experiencias de aprendizaje compartidas, en un entorno que genera bienestar personal y social.

La idearon Schultz y Turnbull (1984) con el fin de enseñar una misma lección en un aula heterogénea respondiendo a las necesidades de cada estudiante y se comenzó a aplicar sistemáticamente en Woodstock (New Brunswick, Canadá) cuando los colegios emprendieron el camino que les conduciría a impartir una educación inclusiva (Collicott, 1991). Desde entonces, el Currículo Multinivel se ha ido nutriendo de todas las metodologías que se han ido desarrollando para hacer de la educación inclusiva una realidad en las aulas, entre las que destacan, el Diseño Universal de Aprendizaje (CAST, 2008), el Currículo Diferenciado (Tomlinson, 2001) y el Currículo Multinivel Auténtico (Peterson, Hittie y Tamor, 2002).

Seleccionar unos mismos conceptos es importante pues de esta forma creamos en la clase un marco que da unidad a todas las actividades que desarrollemos en la clase, pero ello no significa que todos los estudiantes aprendan lo mismo utilizando recursos idénticos, ni que sigan para ello un único camino. Las unidades didácticas multinivel ofrecen actividades distintas o bien actividades que presentan distintos niveles de complejidad, pero la realización de todas ellas es necesaria para superar un mismo reto.

¿Cómo es posible que estudiantes con que tienen competencias diferentes puedan aprender a partir de unos mismos conceptos subyacentes?

Hace ya años, Bruner nos mostró la clave que posibilita el currículo multinivel. Afirmaba: “Se puede enseñar con eficacia y honradez intelectual cualquier asignatura a niños y niñas de cualquier edad” (Bruner 1960, p.33). Ello es posible, indicaba, siempre y que se utilice el modo de representación que la persona utiliza para representar el mundo.

Bruner (1966) considera que a lo largo del desarrollo, aprendemos a utilizar un modo de representación diferente (lo que no impide que se continúen utilizando las formas más simples):

- a) La representación es la representación del módulo mediante la acción. Por ejemplo: Representar hechos históricos, los escenarios, sus protagonistas ayuda a comprender cómo vivían en otras épocas.
- b) La representación icónica o representación del mundo mediante dibujos e imágenes. Por ejemplo: Situar en una línea del tiempo los acontecimientos facilita la difícil representación del tiempo histórico.
- c) La representación simbólica que es un tipo de representación caracterizada por el uso del lenguaje y otros símbolos: En lengua, con el fin de apoyar el desarrollo de las habilidades narrativas, Pávez, Tirapegui y Landaeta (2008) utilizan la misma secuencia para enseñar a contar experiencias diarias, específicamente, las rutinas habituales de la vida del alumnado. Se muestra con acciones qué sucede en la rutina (y se verbaliza), se dibuja (y se verbaliza) y, finalmente, se cuenta sin el apoyo de las imágenes.

¿Qué ventajas tiene utilizar el Currículo Multinivel?

La primera es que promueve el aprendizaje de todos y cada uno de los estudiantes del aula, tanto de quienes tienen un nivel menor de competencias y conocimientos, como de los que tienen capacidades más altas y conocimientos más avanzados.

La segunda es que su utilización elimina la competitividad entre iguales, puesto que al promover un aprendizaje autorregulado, consigue que cada estudiante compita solamente consigo mismo.

En tercer lugar, el Currículo multinivel conduce a mejorar la autoestima del alumnado. Y lo hace porque reúne los factores que conducen a formar una percepción positiva de lo que uno mismo es capaz de hacer, según la explicación que ofrece la teoría clásica de Bandura (1977):

Enfrenta al alumnado a tareas y actividades que puede desarrollar con éxito. Posibilita que cada estudiante con su nivel mayor o menor de competencias y conocimientos contribuya de forma relevante a la tarea que debe desarrollar el grupo. Invita al alumnado a tomar decisiones relevantes en su propio proceso de aprendizaje y en la creación del entorno de la clase. Cada quien percibe la confianza que el profesorado tiene en sus posibilidades de aprendizaje.

En cuarto lugar, el CM promueve el sentimiento de pertenencia al grupo y el establecimiento de relaciones positivas entre iguales.

En quinto, facilita el establecimiento de una relación de colaboración con las familias.

En sexto, previene la aparición de conductas desafiantes pues crea un contexto de aprendizaje que responde a las necesidades e intereses del alumnado.

Y, por último, incrementa el grado de satisfacción que tiene el alumnado con la escuela.

Aún así, aún no existen evidencias científicas que lo demuestren, pero sí prácticas que lo certifican.

¿Qué inconvenientes tiene utilizar el Currículo Multinivel?

Empezar a utilizar el CM requiere dedicar un tiempo considerable a la planificación y a la preparación de recursos que posibilitan su puesta en práctica.

7.4.2. Diseño Universal de Aprendizaje (DUA) y Curriculum Diferenciado.

El *Diseño Universal de Aprendizaje* (DUA) (CAST, 2011) y el Currículo Diferenciado (Tomlinson, 1999) constituyen desarrollos posteriores del Currículo Multinivel. Todas ellas se enriquecen mutuamente.

El Ministro de Educación de Nueva Zelanda (s/f) explica bien las diferencias que existen entre ellas utilizando dos imágenes: en la primera hay tres niños de distinta altura subidos a cajas de alturas diferentes, que les permiten ver el partido. En la segunda imagen, los niños ven también el partido porque han quitado la valla. Ésta última es el DUA. Una práctica educativa que consiste en eliminar barreras.

En la actualidad, tiende a considerarse que impartir una educación inclusiva requiere aplicar el Diseño Universal de Aprendizaje, práctica universal dirigida a todo el alumnado del aula, el *Currículo Diferenciado*, para quienes presentan necesidades que el Diseño Universal de Aprendizaje no puede cubrir y, finalmente, modificaciones y acomodaciones curriculares, y todos los recursos que ofrece la tecnología asistida para quienes necesitan más apoyo.

El Currículo Multinivel incorpora a todas estas prácticas, el Currículo Multinivel Auténtico (Peterson, Hittie y Tamor, 2002); propone como Collicot (1991) diseñar unidades didácticas que desde un inicio respondan a los distintos intereses, niveles de competencias y estilos de aprendizaje presentes en la clase lo que requiere elaborar el perfil de aprendizaje de la clase.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Cómo hemos venido viendo hasta ahora, los agentes imprescindibles para conseguir una correcta actuación docente en el Centro educativo son: profesionales, familias y alumnado. Es por ello, que para poder establecer un correcto Plan Individualizado para cada alumno/a seguiremos la línea de actuación centrada en la familia y/o en la persona. Para ello, veremos en primer lugar qué significa cada una de ellas:

8.1. Planificación Centrada en la Familia.

Para elaborar este apartado vamos a tomar como referencia el Cuaderno de buenas prácticas de Plena Inclusión que trata el Enfoque Centrado en Familias (Leal, 2008).

Según Leal (2008) el objetivo global de la práctica centrada en la familia consiste en dar autoridad y capacitar a las familias para que puedan actuar de forma efectiva dentro de sus contextos ambientales. Cuanto más centrado esté el enfoque en la familia, más probabilidades habrá de que ésta desarrolle sus fortalezas gracias a las prácticas de ayuda (en lugar de centrarse en corregir sus debilidades) de modo que tenga un mayor control personal y un mayor poder en la toma de decisiones. La práctica centrada en la familia se centra en las fortalezas y recursos que ésta tiene y que puede usar para lograr sus propios objetivos.

Pero la práctica centrada en la familia incluye algo más que simplemente considerar a sus miembros y sus preocupaciones. Ayudar simplemente a las familias a elegir entre opciones que los profesionales consideran que son mejores para el individuo o los familiares no es un enfoque centrado en la familia. Invitar a los miembros a reuniones para que firmen formularios no es un cuidado centrado en la familia. Visitar a las familias en sus casas no garantiza que tenga lugar un enfoque centrado en la familia. Es una práctica que tampoco se cumple sólo porque los miembros de la familia lleven a cabo las intervenciones que los profesionales identifican como importantes y necesarias.

Trivette, Dunst, Boyd y Hamby (1995) informaron de que las prácticas de intervención centradas en la familia en las que los padres estaban implicados de forma activa en la toma de decisiones obtenían mejores resultados. Los miembros de la familia valoraban estas prácticas de ayuda de forma más positiva y hablaban de un sentimiento de control personal mayor que los padres implicados en programas que no estaban centrados en la familia.

La práctica centrada en la familia no es sólo una estrategia o un método de interacción con las familias. Se trata de una filosofía general mediante la cual los profesionales pueden ayudar a las familias a desarrollar sus fortalezas y aumentar su sentimiento de capacidad.

Este enfoque trabaja con las familias para ayudarlas a identificar sus fortalezas y sus recursos, e invita a sus miembros a reuniones para que puedan compartir información y ser una parte implicada en el proceso de planificación. Cuando el orden del día de una reunión ayuda a los padres a plantear sus preocupaciones especiales, entonces se está siguiendo un modelo centrado en la familia. Las políticas y los programas que permiten que los empleados asistan a las reuniones vespertinas o facilitan servicios vespertinos para adaptarse a los horarios de trabajo de la familia también son prácticas centradas en la familia (véase Tabla 12).

Tabla 12. *Qué es y qué no es una práctica centrada en la familia.*

Qué es	Qué no es
Concebir la familia como un sistema de apoyos	Centrarse en las necesidades y debilidades de los individuos y sus familias a la hora de planear las intervenciones o servicios
Reconocer la importancia del contexto de vida familiar en el desarrollo de los individuos	Invitar a los miembros de la familia a las reuniones para que puedan aportar información sobre la misma y firmar formularios
Crear que las familias pueden desarrollar sus fortalezas y aumentar sus sentimientos de capacidad.	Preguntar a los miembros de la familia sobre sus preocupaciones y luego no usar esa información para planear estrategias
Implicar a los miembros de la familia como participantes activos en cualquier proceso de planificación.	Pedir a las familias que elijan entre varias opciones que los profesionales consideran que son las mejores para ellas
Invitar a los miembros de la familia a reuniones para que puedan compartir información.	Pedir a los miembros de la familia que lleven a cabo intervenciones que los profesionales han identificado como necesarias e importante
Cambiar el orden del día de una reunión para que cualquier miembro de una familia pueda plantear alguna preocupación concreta	Asumir que visitar a una familia en su casa garantiza una práctica centrada en la familia
Dar autoridad y capacitar a la familia para que pueda funcionar de manera eficaz en su entorno	Especializarse en una o varias intervenciones concretas y ofrecerlas a todas las familias de la misma forma

Fuente: Leal (2008)

8.2. Planificación Centrada en la Persona.

Igualmente, para elaborar este apartado vamos a tomar como referencia el Cuaderno de buenas prácticas de Plena Inclusión de Planificación Centrada en la persona (FEAPS, 2007).

Planificar es algo natural en la vida de cualquier persona. Nosotros podemos planificar las vacaciones, viajes, comidas, citas... Los aspectos cruciales de nuestras vidas son planificados por nosotros mismos para alcanzar lo que deseamos: un buen trabajo, matrimonio, hijos, un estilo de vida confortable, jubilación... Planificar nos ayuda a poner orden a nuestra vida y, lo que es más importante, nos capacita para poder realizar lo que deseamos.

La palabra planificar cobra un especial significado como apoyo a personas con discapacidad intelectual. Planificar sólo es efectivo y válido para la persona si ella se convierte en el motor central del proceso. Esto nos conduce a realizar planificaciones cuyo centro de referencia es la persona. Esto es: PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (PCP).

La PCP es un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores. Es un conjunto de estrategias para la planificación de la vida que se centra en las elecciones y la visión de la persona y de su círculo de apoyo.

Hay fundamentalmente cinco puntos clave en la PCP:

1. La persona es el centro del proceso. La PCP se basa en derechos, independencia y elecciones. Se basa en una escucha real de la persona y en la comprensión y aprendizaje de ella, de sus puntos fuertes, capacidades y aspiraciones. Consiste en darle fuerza a la voz de la persona, es un compromiso de dar poder a la persona, los miembros de la familia y los amigos.
2. La PCP reconoce que cada uno de ellos es esencial en la vida. Esta interdependencia es importante. La distribución de poder afecta a la persona con discapacidad, a su familia, amigos y otras personas significativas en su vida. El individuo no se ve como algo aislado, sino dentro de un contexto familiar y comunitario, lo que le provee de un fórum creativo de planificación, de resolución de conflictos y de apertura de vías de trabajo encaminadas a la mejora de su calidad de vida.
3. El foco de la PCP se centra en las capacidades de la persona, lo que es importante para ella y los apoyos que precisa. La persona es el centro, elige lo que es importante y toma el rol de liderazgo decidiendo qué oportunidades hay que crear y qué apoyos necesita. Esto implica un replanteamiento y una redistribución de roles reconociendo que los profesionales no son los "mejores expertos" sino parte del grupo de apoyo.

INCLUDES ALMENDRALEJO

Ctra. Fuente del Maestre, s/n - 06200 ALMENDRALEJO (Badajoz) - Tfno:924 66 07 32. Fax: 824 680 086

E-mail: administracion@includesalmendralejo.org

www.includesalmendralejo.org

4. Es un compromiso de acciones que reconoce los derechos de la persona. La PCP genera acciones que producen cambios en la vida de la persona y en su inclusión en su propia comunidad. Abre caminos creativos para ayudar a las personas con discapacidad intelectual a realizar sus aspiraciones, deseos y sueños, haciendo accesibles los apoyos que necesitan para alcanzar el estilo de vida que desean.
5. La PCP es un continuo proceso de escucha, aprendizaje y acción. Igual que la vida de cada uno cambia, también lo hacen sus circunstancias, aspiraciones e intereses. Por ello la PCP es un proceso flexible y de adaptación continua a las aspiraciones y deseos de las personas en las distintas etapas y circunstancias de su vida.

Todo esto contribuye a producir no sólo cambios en la vida de cada individuo, sino también cambios relativos a los servicios, profesionales y la comunidad que les rodea.

La PCP es un enfoque que surgió a mediados de los 80 como un estilo de planificación que desde la mejor comprensión de la personas con discapacidad intelectual y con un grupo de apoyo de su red social, contribuya a la mejora de la calidad de vida del individuo según su estilo de vida deseado. La PCP pretende fundamentalmente reducir el aislamiento y la segregación, fomentar la amistad, aumentar las oportunidades para participar en actividades favoritas, desarrollar su competencia y promover el respeto.

La PCP persigue ofrecer experiencias en la persona que incluyan:

- Presencia comunitaria (incrementar su presencia en la vida de la comunidad local).
- Participación comunitaria (aumentar y profundizar sus relaciones).
- Estimular roles valorados (aumentar su reputación y el número de sus contribuciones).
- Promover elecciones (tener más control y elección en sus vidas).
- Apoyar contribuciones (desarrollar competencias).

La PCP es un proceso que está construido sobre las preferencias e ilusiones de una persona, sobre su visión de sí misma y de su vida. Implantado con efectividad, proporciona una visión de posibilidades en la vida que no están restringidas por la estructura y disponibilidad de los servicios. La persona adquiere poder para controlar su vida, para dar forma al estilo de vida que desea, y con un grupo de apoyo establece metas y acciones para conseguirlo.

La PCP produce cambios en su vida, cambios elegidos, buscados y apoyados por la persona con discapacidad intelectual y su grupo de apoyo.

8.3. ¿Cómo adaptamos estos enfoques a nuestro centro educativo?

En el CEE San Marcos de Includes Almendralejo se atienden dos etapas educativas diferentes: Educación básica obligatoria y Transición a la vida adulta. Por tanto a la hora de elaborar los diferentes programas individuales de cada alumno llevaremos a cabo un enfoque diferente dependiendo de si los alumnos pertenecen a una u otra etapa educativa.

Tanto un enfoque como otro requieren de unos procedimientos amplios y diversos, los cuales nosotros hemos adaptado a la realidad de un Centro educativo de la siguiente manera:

Antes de elaborar el Plan Individualizado de un alumno/a, realizaremos una entrevista basada en rutinas (Anexo 3) que llevaremos a cabo de la siguiente manera:

- Con los padres o tutores legales del alumnado para las etapas de educación básica obligatoria.
- Con los padres o tutores y el alumnado para las etapas de Transición a la vida adulta.

De este modo, tanto en una etapa como en otra obtenemos información relevante para establecer el Programa Individual de cada alumno que llevaremos a cabo durante el curso escolar. El cual explicaremos a las familias y/o los alumnos una vez elaborado, y podrá ser revisado y/o modificado según detectemos la necesidad.

Todo ello, aglutinando en el Programa individual como comentamos anteriormente la adaptación del currículum educativo, las habilidades adaptativas y buscando en todo momento Calidad de Vida e Inclusión de cada alumno.

Bibliografía

Ainscow, M. (2015). *Towards Self- improving School Systems*. Londres: Routledge

APA (American Psychiatric Association), Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Arbea, L. y Tamarit, J. (2003): *De la capacitación a la autorrealización: Hacia una nueva conciencia profesional*. Actas Congreso Educación CREENA. Pamplona: CREENA. Disponible en: http://www.asociacionalanda.org/pdf/hacia_profesional.pdf. Última consulta en diciembre de 2008.

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.

Botero-Franco, D., Palacio-Ortíz, J. D., Arroyave-Sierra, P., & Piñeros-Ortíz, S. (2016). *Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 201-213.

Bradley, V. J., Ashbaugh, J.W. y Blaney, B. C. (1994). *Creating individual supports for people with developmental disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Bruininks, R. H., Hill, B. K., Weatherman, R. F., & Woodcock, R. W. (1986). *ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual*. Allen, TX, USA: DLM Teaching Resources. (Traducción castellana: Delfín Montero Centeno. *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación de la ICAP*. ICE Universidad de Deusto, Bilbao: Ediciones Mensajero, 1993).

Bruner, J. S. (1960). *The process of education*: [a searching discussion of school education opening new paths to learning and teaching]. Vintage Books.

Bruner, J. (1966). *Uma nova teoria de aprendizagem*. Rio de Janeiro: Bloch.

Casado, D. (1991). *Panorámica de la discapacidad*. Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales.

CAST (Center for Applied Special Technology) (2011). *Universal Design for Learning Guidelines*. Version 2.0. Wakfield, MA: Autor. Traducción al español versión 2.0 (2013): Alba, C.; Sanchez, P.; Sanchez, J.M. y Zurbillaga, A. Pautas sobre el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA).

Coll, C. y Miras, M. (2001). *Diferencias individuales y atención a la diversidad en el aprendizaje escolar*. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comp) *Desarrollo psicológico y educación, Tomo 2*. (pp).Madrid: Alianza Editorial

Collicott, J. (1991). *Implementing multi-level instruction: Strategies for classroom teachers. Changing Canadian schools: Perspectives on disability and inclusion*, 191-218.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Crespo, M., Maribel, C., & Verdugo Alonso, M. Á. (2012). *Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): Un largo camino recorrido*.

Cuesta, J.P, Ruiz, J. S., Roca, M., & Noguera, I. (2016). *Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Psiquiatría Biológica*, 23(2), 67-73.

Díaz, A. L. A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre.

Echeita, G. (2013) *Inclusión y exclusión educativa. De nuevo "voz y quebranto"*. REICE, revista electrónica iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación 2008, 6 (2), 9-18. Recuperado el 3 de junio de 2020 de <http://www.rinace.net/arts/vol6num2/art1.pdf>

Echeita, G. (2014). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones*. Madrid: Narcea (3ªed).

Echeita, G., Martín, E., Simón, C., & Sandoval, M. (2016). *La educación escolar como proyecto social*.

FEAPS, C. D. B. P. (2007). *Planificación Centrada en la Persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja para personas con Discapacidad Intelectual*.

Fernández-Enguita, M. (2010). *La institución escolar en la sociedad de la información y el conocimiento*. En, R. Feito (Coord.) *Sociología de la educación secundaria* (pp.9-24) Barcelona: Graó

Ford, A., Schnorr, R., Meyer, L., Davern, L., Black, J. & Dempsey, P. (1989). *The Syracuse community referenced curriculum guide: for students with moderate and severe disabilities*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.

Ginés, C. (2004). *Servicios y calidad de vida para las personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero*, 35(2), 1-13.

García, C. E., & Sánchez, A. S. (2004). *Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. Polibea*, 73, 29-42.

Gómez, L. E., Arias, B., Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Arias, V., Monsalve, A., & Fontanil, Y. (2016). *Escala KidsLife. Manual de aplicación*. Salamanca: INICO.

Grossman, H. (1983). *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Heber, R. (1959). *A Manual on terminology and classification in mental retardation. American Journal of Mental Deficiency, Monograph Supplement, 64*.

Hernández de la Torre, E. (2003): *La formación del profesor tutor para la inclusión social del alumnado con Discapacidad en el aula: programa de iniciación*. I Congreso Internacional de Educación y Diversidad: Formación, Acción e Investigación. Universidad de Sevilla.

Horrocks, J. L., White, G. y Roberts, L. (2008): *Principal's attitudes regarding inclusion of children with autism in Pennsylvania Public Schools*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 8, 1462-1473.

Hurtado, L. T. (2016). *Inclusión educativa de las personas con discapacidad en Colombia*. CES Movimiento y Salud, 45-55.

Lacasta, J., Rueda, P., & Tamarit, J. (2000). *Educación para personas con retraso mental*. Orientaciones para la calidad. Manuales de buenas prácticas FEAPS, 4, 13-132.

Leal, L. (2008). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. Madrid: FEAPS, Cuadernos de Buenas Prácticas. D.L.: NA-2892-2008; pp. 64

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, Al, Schalock, R. L., Snell, M.E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Mansilla San Emeterio, P. (2017). *Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes con discapacidad intelectual*. Estudio en AMICA (Cantabria).

Marchesi, A. y Martín, E. (2014). *Calidad de la enseñanza en tiempos de crisis*. Madrid: Alianza editorial.

Milenio, R. G. (2016). Objetivos de desarrollo del milenio.

Montero, D. C., (2003). *Conducta adaptativa y discapacidad aquí y ahora: algunas propuestas para la mejora de la práctica profesional*. In Investigación, innovación y cambio (pp. 257-269). Amarú.

Montero, D.C., (2005). *La conducta adaptativa en el panorama científico y profesional actual* *The adaptative behavior in the scientific and professional panorama*. Intervención Psicosocial, 14(3), 277-293.

Montero, D.C., & Lagos, J. (2011). *Conducta adaptativa y discapacidad intelectual: 50 años de historia y su incipiente desarrollo en la educación en Chile. Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 37(2), 345-361.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Vol. 1). Washington, EE.UU. Pan American Health Org.

Padilla-Muñoz, A. (2010). *Discapacidad: contexto, concepto y modelos. International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (16), 381-414.

Pavez, M. M., Tirapegui, C. J. C., & Landaeta, M. M. (2008). *El desarrollo narrativo en niños: Una propuesta práctica para la evaluación y la intervención en niños con trastorno del lenguaje. Ars Médica*.

Peterson, M., Hittie, M., & Tamor, L. (2002). *Authentic multi-level teaching. Teaching children with diverse academic abilities together well*. Retrieved July, 6, 2006.

Puig de la Bellacasa, R. (1990). *Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. Discapacidad e información*, 14, 63-96.

Romanach; J. y Lobato, M. (2005). *Diversidad funcional. Nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Recuperado de:
<http://es.slideshare.net/tripsiinc/diversidad-funcional-nuevo-trmino>

Ryan, R. M., Huta, V. y Deci, E. L. (2008): *Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia*. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.

Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntix, W., ... & Reeve, A. (2007). *El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(224), 5-20.

Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Traducido al Castellano por Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, Alianza Editorial, 2003]

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero*, 38(4), 21-36.

Schalock, R. L. y Verdugo, M.A. (en prensa). *Quality of life theory: Its development and use in the field of intellectual disabilities*. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*.

Schultz, J. B., & Turnbull, A. P. (1984). *Mainstreaming handicapped students*. Newton, Massachussets: Allin & Bacon, Inc José Ignacio Herrera Rodríguez y Geycell Guevara Fernández.

Seligman, M. E. P. (2005): *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B

Tamarit-Cuadrado, J. (2015) *Los procesos de transformación en las instituciones educativas*. Plena Inclusión España. Texto solicitado por la UNESCO tras la participación en el encuentro RIINEE en Antigua, Guatemala.

Tamarit-Cuadrado, J., en Consult, M., Martínez-Leal, R., & en Psicobiol, M. (2017). *Nuevas consideraciones sobre la salud de las personas con trastornos del desarrollo intelectual. salud pública de méxico*, 59(4) 454-461.

Tomlinson, C. A. (1999). *Mapping a route toward differentiated instruction*. Educational leadership, 57, 12-17.

Tomlinson, C. A. (2001). *How to differentiate instruction in mixed-ability classrooms*. ASCD.

Trivette, C. M., Dunst, C. J., Boyd, K., & Hamby, D. W. (1995). Family-oriented program models, helping practices, and parental control appraisals. *Exceptional children*, 62(3), 237-248.

UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales*. Recuperado de:
http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF

UNICEF (2013). *La situación de la infancia en el mundo 2003*. Niños con discapacidad. Recuperado de:
http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/EMI_informecompleto.pdf

Verdugo, M. A., Sarto, P., Calvo, I., & Santa María, M. (2009). *La educación que queremos. Situación actual de la inclusión educativa en España (Informe de investigación)*. Madrid: FEAPS.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E., & Jordán de Urríes, B. (2013). *Calidad de vida. Discapacidad e inclusión: Manual para la docencia*, 440-461.

Anexos

ANEXO 1. La educación que queremos. Situación actual de la inclusión educativa en España. Elaborado por Verdugo, et al. (2009)

ANEXO 2. Manual de Buenas Prácticas de Plena Inclusión titulado "Educación para personas con retraso mental - Orientaciones para la calidad -". Elaborado por Lacasta, Rueda y Tamarit (2000).

ANEXO 3. Entrevista Basada en Rutinas (EBR).