

EDUCACIÓN



Dios te pague "Felix Nava"
Rafael Pérez Segnini
Museo de Arte Popular Salvador Valero

Conceptualización y Modelos de Atención de la Educación Especial en Venezuela¹

Martha Méndez*

RESUMEN

Este artículo tiene como propósito presentar parte de un trabajo de investigación ya culminado donde se analiza la evolución del concepto de educación especial en Venezuela a través del tiempo así como los modelos de atención en la práctica. Es un trabajo de carácter descriptivo realizado sobre la base del estudio de documentos y materiales bibliográficos que tratan el tema. El desarrollo de la educación especial en Venezuela ha presentado, en cuanto a su conceptualización y modelos de atención, una evolución similar al desarrollo que este tipo de educación ha presentado en otras partes del mundo. Así, de un modelo médico-clínico en sus inicios a principios del siglo XX, caracterizado por el etiquetamiento y exclusión de las personas consideradas como deficientes, se pasó posteriormente (década de los 70) a un modelo psicopedagógico donde, como su nombre lo indica, los campos de la psicología y la pedagogía adquirieron mayor reconocimiento para atender a esta población; en este enfoque, el etiquetamiento o clasificación de la población atendida por la educación especial perdió peso y el énfasis se trasladó hacia lo que curricularmente se debía realizar para satisfacer las necesidades

¹ Este artículo fue presentado como ponencia, en forma resumida y con modificaciones, en el IV Congreso Internacional sobre Historia y Prospectiva de las Universidades de Europa y América. IV Seminario Nacional de Historia de la Educación y la Pedagogía, 24-27 de Octubre de 2006, ciudad de Barquisimeto, estado Lara, Venezuela.

*Profesor (a) Asociado del Dpto. de Ciencias Sociales del NURR, Universidad de Los Andes en Trujillo, investigadora del CRIHES.

Recibido: 16/11/07

Aprobado: 13/06/08

educativas de las personas con necesidades educativas especiales (NEE), término que ganó fuerza y se generalizó en este período. Recientemente, en Venezuela se habla de un modelo de atención educativo integral o modelo integral (sobre todo en el área de dificultades de aprendizaje) y el término discapacidad se usa con mayor frecuencia.

Palabras clave: Educación Especial en Venezuela., conceptualización, modelos de atención.

Special Education Conceptualization and Models of Attention in Venezuela

Abstract

This article shows the results of a research whose endpoint was the analysis of the evolution of the concept of special education in Venezuela over time as well as the models of attention in the practice. This is a descriptive character work based on the study of documents and bibliographies dealing with this topic. In regard to its theoretical approaches and models of attention, the development of special education field in Venezuela has shown an evolution similar to that one in other countries of the world. Thus, the medical model characterized by the labeling and exclusion of individuals considered handicapped, at the beginning of the twenty century, was replaced later, during the 70s, by a psycho-pedagogical model, with psychological and pedagogical approaches as the main perspectives to attend this population. Labeling or classification of the population attended by the special education lost power with this approach, and the focus was on how to satisfy the educational needs of these individuals under the curriculum. The term individuals or subjects with special educational needs (SEN) gained ground and spread by the ending of the twenty century. Recently, in Venezuela, the proposal is an integral educational model of attention or integral model (particularly in the field of learning disabilities), and the term disability is more frequently used.

Key words: Special Education in Venezuela, Conceptualization, models of attention.

En Torno a la Evolución del Concepto de Educación Especial

El desarrollo de la Educación Especial en Venezuela ha presentado, en cuanto a su conceptualización y modelos de atención, una evolución similar a la que esta educación ha mostrado en otros países del mundo: En sus inicios se siguió un modelo médico-clínico o psiquiátrico para atender a la población con necesidades especiales. Luego se dio paso a un modelo psicopedagógico, donde la noción de integración de esta población al aula regular tiene su origen. Recientemente, se menciona un modelo holístico o integral, como el enfoque que se plantea en la Educación Especial venezolana. A continuación se describe y analiza el desarrollo, nacional de esta educación y se contextualiza con la expresión mundial de estos modelos.

El Modelo Médico-Clínico o Médico-Psiquiátrico

A principios del siglo XX, la Educación Especial venezolana siguió un modelo médico-clínico (o también referido por algunos autores como el modelo médico-psiquiátrico) lo cual, según Silva Armas (1986), era comprensible, si se toma en cuenta, que los médicos fueron los llamados, en un primer momento, a diagnosticar esta población.

A nivel mundial, este modelo se caracterizó por tener sus bases en los siguientes supuestos: Primero, los problemas de aprendizaje y/o de conducta de la persona o del estudiante tenían su origen en el mismo estudiante o persona. Un «enfoque patológico» era lo que caracterizaba a este modelo (Skrtic, 1986; Wilson y Silverman, 1991). La medicina era una de las disciplinas que le servía de fuente principal y, en consecuencia, se buscaba una enfermedad y sus síntomas. Por esta misma influencia, los docentes abordaban las necesidades educativas especiales (NEE) con un

manejo médico de los problemas. Hay que agregar, que junto con la medicina (y, en consecuencia, la biología como disciplina), el análisis estadístico proveniente de la psicología conformaba, según Skrtic y Stanovich y Jordan, la otra fuente disciplinaria de este enfoque. Segundo, los síntomas comunes o deficiencias eran agrupados en categorías o etiquetas y a las personas se les incluía en dichas categorías. Tercero, el modelo de evaluación que se aplicaba era el modelo basado en la «norma» como referencia (en inglés *norma-reference model*). Esta perspectiva proviene de la base estadística de la psicología, y consiste en comparar cada individuo con respecto a un atributo que tiene el promedio de la población (Skrtic, 1986).

En el modelo médico-clínico (o médico-psiquiátrico) el propósito de la evaluación era confirmar la designación a la categoría y colocar al niño o niña evaluado en servicios especiales creados para atender dicha categoría. Cuarto, la segregación o exclusión del sistema escolar, y aún de la sociedad, era la mejor manera de ofrecer tratamiento especializado a las personas o estudiantes que presentaban deficiencias (o síntomas patológicos, como se les consideraba); en consecuencia, las instituciones educativas, y el currículo para estos estudiantes eran especializados y diferentes del sistema educativo general (Wilson y Silverman, 1991). Quinto, profesionales especializados, incluidos el docente general (o docente regular) y el docente de educación especial, trabajaban siguiendo un enfoque multidisciplinario. Según Friend y Cook (2000), en este tipo de enfoque, representantes de diversas y diferentes disciplinas ofrecen sus conocimientos, pero no hay un esfuerzo deliberado por integrar o coordinar este conocimiento, de allí que los profesionales que trabajan siguiendo este modelo, lo hacen de manera independiente y, preferiblemente, de manera individual.

Las características anteriormente descritas sobre el modelo médico-clínico o psiquiátrico se observan claramente en los inicios del desarrollo de la Educación Especial en Venezuela. Así, desde la tercera década del siglo XX, período en que ya se tiene referencia de acciones privadas para

la atención de población con NEE (tal es el caso de la Asociación Amigos de los Ciegos fundada el año 1936, del cual surge, posteriormente, el Instituto Venezolano de los Ciegos), y en la década del 60, cuando entra el Ministerio de Educación al proceso de escolarización de dicha población, tanto el sector público como el privado hacían énfasis en la creación de clínicas y hospitales (ej: el Hospital Ortopédico Infantil se creó en el año 1945), e instituciones educativas (ej: el Instituto Venezolano de la Audición y el Lenguaje, IVAL, se fundó en 1956) para la atención exclusiva de ciertas categorías que ya habían surgido dentro del proceso de atención de la población que presentaba deficiencias, o incapacidades, términos comunes en esa época.

El enfoque médico-psiquiátrico se observaba particularmente en el sector público, donde, en la década de los 40, por ejemplo, se creó el Servicio de Higiene Mental Infantil bajo la Dirección del Ministerio de Sanidad, y en la década de los 50 se creó el Servicio de Higiene Mental del Instituto Nacional de Puericultura que tenía, entre sus objetivos, la atención de población con retardo mental. En esta misma década, se estableció un servicio psicopedagógico anexo al Hospital Psiquiátrico de Bárbula (Méndez, 1991a).

Este modelo todavía estaba vigente en la década de los 60, cuando el Ministerio de Educación empezó a jugar un papel importante para la atención de la población con NEE. Así, desde los inicios de esta década y bajo los auspicios de este Ministerio, se crearon centros especializados para la atención específica de ciertas categorías. En este sentido, se abrieron institutos educativos destinados a atender la población con problemas de audición (por ejemplo, se creó la escuela Miguel Antonio Caro, primera escuela oral para atender niños sordos, y posteriormente se lanzó un programa de extensión bajo los auspicios del Instituto de Mejoramiento Profesional del Magisterio para atender las áreas de Problemas de Audición y Lenguaje), y a medida que la década avanzaba se fueron estableciendo instituciones educativas para atender el área de Retardo Mental. Es

necesario acotar que, en el año de 1967, el Ministerio de Educación oficializaba su participación en esta educación al crearse el Servicio de Educación de Niños Excepcionales, término que se usaba en la época para denominar a los niños y población con NEE (Méndez, 1991a).

La persistencia del modelo médico-psiquiátrico en la década de los 60 se observa, también, en el hecho de que no sólo el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social continuaba participando en la atención de la población con NEE durante este período, sino que en el año 1965, abría sus puertas el Instituto Nacional de Psiquiatría Infantil (INAPSI), dependiente de este ministerio, para cumplir labores de docencia, investigación y asistencia a la población infantil con dichas necesidades (IUMPM, 1986, Méndez, 1991a).

El Modelo Psicopedagógico

A nivel mundial, el modelo médico-clínico o médico-psiquiátrico para conceptualizar y atender a la población con NEE fue objeto de críticas y poco a poco fue dando paso a un enfoque más psicopedagógico en la década de los 70. La Educación Especial en Venezuela también presentó un cambio en su conceptualización en esta década. Así, en un documento clave publicado por el Ministerio de Educación en 1976 (Conceptualización y Política de la Educación Especial en Venezuela), se establecía lo siguiente:

La experiencia ha señalado que para realizar una programación educativa que realmente sea individualizada y se adapte a las necesidades específicas del niño, es necesario tener información suficiente, tanto de sus capacidades y dificultades educativas como de otras áreas de su funcionamiento, tales como el área biológica, cognoscitiva, emocional y social, lo cual se logra solamente con la actuación del equipo multidisciplinario (p. 12).

Surge así el modelo psicopedagógico, el cual enfatiza la evolución en términos educacionales y psicológicos, y la planificación educativa posterior basada en perfiles de funcionamiento psicopedagógicos contruidos con los datos de esta evaluación. Esto no implica ignorar la importancia del diagnóstico médico toda vez que éste debe aportar datos vitales para el bienestar del niño y para su orientación educativa, sino desplazar el énfasis hacia la intervención educacional basada en un perfil psicopedagógico.

Como se puede observar, el énfasis médico o biológico dio paso a una concepción o enfoque más amplio donde la pedagogía y la psicología empezaron a cumplir un papel primordial. Sobre el modelo psicopedagógico, Silva Armas (1986) indica que éste es una síntesis de otros modelos que ya habían mostrado su utilidad para atender a esta población: el modelo médico, el conductista y el evolutivo.

Por supuesto, esta reconceptualización tuvo su expresión en las instituciones que a nivel macro se encargaron de las personas con NEE a nivel nacional. De allí que, en la década de los 70, ya no fueron el sector privado y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social quienes tuvieron el principal peso en la atención de esta población, sino que pasó a ser el Ministerio de Educación (y, a través de éste, el sector público) quien asume plenamente la conducción de esta educación. Los cambios fueron, además, no sólo a nivel de nomenclatura (en 1970, el Servicio de Niños Excepcionales ascendió a nivel de Departamento de Educación Especial y, en 1975, pasó a ser Dirección de Educación Especial), sino que, una de las tareas prioritarias de esta Dirección, fue la de establecer las bases jurídico-legales sobre las que se sustentaron las acciones relacionadas con la Educación Especial. Esto culminó con la presencia de varios artículos sobre la Educación Especial en la Ley Orgánica de Educación de 1980, en la cual se establecía, entre otras cosas, que la Educación Especial era una modalidad del sistema educativo venezolano, y como tal no se concebía como un eslabón del sistema educativo formal, sino como una opción

(Instituto Universitario de Mejoramiento Profesional del Magisterio, IUMPM, 1986).

En realidad para el año 1976, ya el sector público había asumido las riendas de esta educación. Esto se puede observar en el documento anteriormente citado (Conceptualización y política de la educación especial en Venezuela, 1976) donde se exponía que el Estado Venezolano sería el encargado de todo lo que era la creación, organización y funcionamiento de servicios para los individuos con necesidades especiales, el aspecto curricular y otros aspectos relacionados con su enseñanza, incluyendo la formación del personal docente especializado.

En la década de los 70, además de ser el Ministerio de Educación quien asume el desarrollo de esta educación, y de enfatizarse en un modelo psicopedagógico para la atención de la población con NEE, se cambia el término de *población o sujetos excepcionales* a *población o sujetos con necesidades especiales*. El término *excepcional* estaba relacionado con el criterio estadístico, ya que se consideraba como tales las personas o estudiantes que estuviesen por encima o por debajo de la norma (IUMPM, 1986), y por lo tanto, era un término perteneciente al modelo médico-clínico. Por su parte, el término población o sujetos con necesidades especiales que se empezó a utilizar en la década de los 70 tenía que ver con la reconceptualización en el enfoque sobre la atención de esta población: el énfasis ya no era en la deficiencia o limitación, sino en la *necesidad especial* y por lo tanto, en cómo satisfacer dicha necesidad (IUMPM, 1986; Méndez, 1991a).

Esta reconceptualización de la Educación Especial en Venezuela, no se desliga de lo que estaba sucediendo en la Educación Especial en otras partes del mundo. En Estados Unidos, ya a finales de la década de los 60 y principios de los 70, Dunn (1968) y Deno (1970) habían planteado el efecto negativo de la categorización y segregación escolar y social de la población con NEE. Deno, en particular, no sólo favorecía la colocación

de estos estudiantes en el salón de clase del sistema educativo general o regular (lo que en ese período se conoció en inglés como *mainstreaming*), sino que su *modelo de cascada de un continuum de programas alternativos* para organizar los servicios de Educación Especial sirvió de fundamentación, en este país, para la tesis del *Ambiente Menos Restringido* (en inglés, *Least Restricted Environment*, LRE) la cual, a su vez, fue la base de la Ley Pública 94-192 (Educación for All Handicapped Children Act, 1975) considerada en Estados Unidos, una de sus leyes cruciales en el proceso de integración de esta población al aula regular. La tesis del Ambiente Menos Restringido parte de un criterio flexible de atención donde los estudiantes se mueven a lo largo de diferentes tipos de servicios, dependiendo de las necesidades educativas especiales de cada niño o niña. Es decir, ya no se percibe el instituto de Educación Especial como el único tipo de servicio para atender estas necesidades, sino que los servicios pueden ser desde el aula regular hasta el hospital, pasando por el instituto especial y el aula integrada (Lerner, 1997).

En Inglaterra, por su parte, en el año 1978, se publica el documento conocido como «el Warnock Report». Paula Pérez (2003) señala que este informe es «pionero en la reconceptualización de la educación especial y del término necesidades educativas especiales» (p. 15), y además indica su influencia en otros países europeos como España. En este documento, la noción de Educación Especial se amplía y no sólo se refiere a la ofrecida en instituciones, clases, o unidades especiales a personas que tengan determinado tipo de impedimentos, sino que abarca «cualquier forma de ayuda sea cual sea ésta y cuando quiera sea provista—desde el nacimiento hasta la madurez—para superar un problema de aprendizaje» (Department of Education and Science, DES, Warnock Report, London, 1978, traducción en Méndez, 1991b).

Además de sugerirse la abolición de las categorías que venían operando en el Reino Unido, en este informe se recomienda el uso del término necesidades educativas especiales las cuales deben ser enfocadas,

no en términos de deficiencias o impedimentos, sino con base en todo lo que se relaciona con el sujeto, tanto en potencialidades y deficiencias como su medio ambiente, éste último por considerarse que juega un papel crucial en su progreso educacional (Méndez, 1991b). Sin embargo, se sugiere el uso de terminología descriptiva, primero, porque se reconoce que aún los problemas de tipo físico o sensorial, no se presentan exactamente igual en todas las personas que los tengan y, segundo, para ofrecer un mejor servicio educativo y satisfacer, apropiadamente, la necesidad educativa especial. Así se recomendó el uso de los términos *población con dificultades de aprendizaje*, y mantener los relacionados con problemas de tipo físico y sensorial (por ejemplo, problemas de audición) (Méndez, 1991b).

El reporte Warnock sirvió de base para la *Ley Educativa del año 1981* (The 1981 Educación Act) en Inglaterra. Además de adoptarse el término necesidades educativas especiales, esta ley se considera un avance decisivo en la política de integración de los niños con NEE en Inglaterra (Méndez, 1991b). Más aún, para este país, esta reconceptualización de la Educación Especial significó una revisión del papel del docente regular y especial y, por ende en su formación profesional, ya que en este modelo, el docente es llamado a cumplir un papel fundamental en el diagnóstico y atención de la población con estas necesidades (Méndez, 1991b).

En Venezuela, el enfoque psicopedagógico también planteaba la integración, y así ésta se establecía como uno de los principios filosóficos-políticos que servían de base, junto con los principios de democratización, modernización y normalización, a la Educación Especial de mediados de la década de los 70 y la década de los 80 (IUMPM, 1986).

Si bien a nivel mundial este nuevo modelo significó cambios a nivel concreto, en Venezuela, en el quehacer práctico de la Educación Especial, se observa que, con este modelo psicopedagógico, las categorías no desaparecieron y aún en la década de los 80, bajo la nueva legislación, éstas permanecieron y en algunos casos lo que se produjo fue un cambio

de nomenclatura. Así, por ejemplo, se mantuvieron y aumentaron los institutos de Educación Especial para la atención de las áreas de Retardo Mental y Deficiencias Auditivas. Igualmente, los institutos especiales para la atención de las áreas de Deficiencias Visuales e Impedimentos Motrices mostraron cierto incremento en número. En esa época, también se consideraron como áreas de la Educación Especial, Talento Superior e Impedimentos Múltiples, y una de las últimas en agregarse fue la de Autismo. Dificultades del Aprendizaje registró un incremento en el número de servicios, y así, por ejemplo, entre el período escolar 1977-1978 y el período escolar 1982-1983 de 201 aulas anexas (término que se usaba en la década de los 70) en todo el país, se pasa a 456 aulas integradas (término que se adopta en los 80) (Méndez, 1991a).

En la década de los 90, la organización de la Educación Especial en Venezuela no mostró cambios significativos con respecto a los 80. Las áreas y servicios de atención fueron similares en terminología y organización a la década anterior (por ejemplo, se observan las áreas de Dificultades de Aprendizaje, Deficiencias Visuales, Retardo Mental, Problemas de Lenguaje, e Impedimentos Físicos). Igualmente el área de Dificultades de Aprendizaje se mantuvo como el área con mayor matrícula. Así, para el año escolar 1993-1994, presentaba el 48% de la matrícula de esta educación, seguida por Retardo Mental con el 20% (República de Venezuela, Ministerio de Educación, 1995).

Lo que sobresale en esta década es el afianzamiento del área de Autismo, cuyo registro es permanente en las estadísticas del Ministerio de Educación; así como la aparición de la figura de Cooperación Docente, formada por grupos de apoyo psicopedagógico que, posteriormente, cuando surge la Resolución 2005 en el año 1996, servirán de asesoría a los docentes para su logro.

En países como en Estados Unidos, el modelo psicopedagógico fue evolucionando y, actualmente, se puede caracterizar de la siguiente manera:

(a) la primera referencia educativa para todos los niños y niñas, incluyendo los educandos con NEE, debe ser el sistema educativo general o regular (O'Shea, Stoddard, y O'Shea, 2000). En este sentido, el punto de partida es un currículum igual para todos los niños y niñas y, las modificaciones en el nivel de complejidad, velocidad y estrategias se harán para satisfacer y atender las necesidades educativas de los educandos en el sistema educativo general; (b) el referir un estudiante a un servicio especial es el último paso, luego de que los esfuerzos para que el sistema educativo general satisfaga las necesidades educativas de estos niños y niñas no hayan resultado; (c) se sigue manteniendo la necesidad de abolir las categorías o «etiquetas», pues estas no indican cómo satisfacer las necesidades educativas específicas de cada niño o niña.; (d) La integración (inclusion, en inglés), en vez de la segregación o exclusión es un principio fundamental en este enfoque; (e) en cuanto al docente regular y el docente especial, éstos trabajan siguiendo modelos cooperativos de trabajo en equipo y, más que hablarse de interdisciplinaridad, se habla de transdisciplinaridad, pues no sólo los miembros del equipo interactúan continuamente, sino que pueden llegar a compartir o mezclar sus roles (Friend y Cook, 2000). Es de hacer notar que para adecuarse a las existencias legales (ver Individuals with Disabilities Act, IDEA, 97) que la evolución de este modelo está produciendo en dicho país, las instituciones de educación superior están reconsiderando y reformulando la formación profesional del docente regular y d el docente especial.

En Venezuela, el énfasis en la integración de esta población también ha ido ganando terreno, como parte de la evolución del modelo psicopedagógico. Así, en 1996, se promulga la Resolución 2005 del Ministerio de Educación la cual establece la obligatoriedad de la integración escolar de la población con NEE. En uno de sus considerandos esta Resolución se establece lo siguiente:

Que la integración de los educandos con necesidades educativas especiales, es un proceso que debe desarrollarse en forma continua, sistemática y progresiva, que implica el desarrollo de estrategias a corto, mediano y largo plazo que garanticen el cambio actitudinal de administraciones educativas e integrantes de las comunidades educativas.

En el Artículo 4 de esta Resolución se reconoce la necesidad de formar el personal docente para que se pueda realizar, de manera eficiente, el proceso de integración de la población con NEE, término que todavía se usa en este documento.

En fechas más recientes, y desde el punto de vista jurídico, la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA, 1998), la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999 (2000), y el Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación (2003), establecen normativas que garantizan el derecho a la educación y a la integración de la población con NEE o con discapacidad (término éste último que también se está usando en los documentos legales recientes). En este sentido, en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 (2000) se establece, en su artículo 103, lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones.... La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidad.

El Modelo Integral o Holístico

Ballester (2003) señala que actualmente se plantea un modelo de atención integral u holístico en la Educación Especial en Venezuela. Según este autor, la orientación de este modelo es «psico-socio-pedagógica y enfatiza la concepción curricular desde una perspectiva holística y humanística» (p. 13 múltiples factores, en conjunto, que entran en el proceso de enseñanza-aprendizaje y la incorporación de concepciones técnicas de diferentes ciencias y áreas de conocimiento para comprender, en forma integral, la complejidad de este proceso. Para Ballester, en este modelo, el papel activo del educando y el aprendizaje significativo son planteamientos fundamentales que tienen su base en la psicología cognitiva, la psicogenética y el enfoque histórico-cultural.

Entre las características de este modelo se encuentran las siguientes: (a) sus bases teóricas se encuentran en teorías pedagógicas actuales, entre las que se encuentra la teoría crítica de la enseñanza, (b) la denominación a utilizar es *persona con necesidades educativas especiales*; (c) el modelo de trabajo es la interdisciplinariedad, con énfasis en la cooperación para lograr la *atención global*, y (d) la evaluación se realiza desde una perspectiva globalizante, con énfasis en los aspectos cualitativos.

Este carácter humanístico e integral se enfatiza en los documentos emanados del Ministerio de Educación y Deportes en relación a este tipo de educación:

La Modalidad de Educación Especial es una variante escolar del sistema educativo venezolano bajo el enfoque HUMANISTA SOCIAL que garantiza el derecho social a la educación de niños, adolescentes, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales, el acceso a una educación integral, el respeto a la diversidad en igualdad de condiciones y oportunidades... a través de un MODELO de ATENCION EDUCATIVA INTEGRAL, desde temprana edad hasta la adultez (República Bolivariana de Venezuela, Viceministerio de Asuntos Educativos, 2006, s.p.).

A un nivel concreto, se mantienen las áreas de atención de modelos anteriores. Así en este documento del Viceministerio de Asuntos Educativos se expresa que la Dirección de Educación Especial está estructurada por áreas de atención: Retardo Mental, Autismo, Deficiencias Auditivas, Deficiencias Visuales, Dificultades de Aprendizaje, Impedimentos Físicos; y Programas de Apoyo los cuales son Prevención y Atención Integral Temprana, Lenguaje, Educación y Trabajo e Integración.

Últimamente, en Venezuela se está empleando con mayor regularidad el término «discapacidad» para referirse a la población con necesidades educativas especiales. Este término ha sido utilizado, durante varias décadas, por la Organización Mundial de la Salud (por ejemplo en 1980,

la OMS lo utilizaba en su «Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías», CIDDM). Egea García y Sarabia Sánchez (2001) señalan, en su análisis sobre las clasificaciones de la discapacidad por la OMS, que esta organización también ha realizado revisiones sobre este término, ya que la manera como la discapacidad se concibe varía de sociedad a sociedad, de época a época y es un constructo en permanente proceso de evolución. Igualmente indican que la creación de una clasificación de carácter universal no ha dejado de crear controversia, y ha planteado dilemas dentro de esta organización.

Egea García y Sarabia Sánchez expresan que han pasado años hasta lograr tener una visión más positiva en los conceptos utilizados en el campo de la discapacidad. Las revisiones de la CIDDM, las cuales se han cumplido por un período de aproximadamente 10 años, han derivado en que, en el documento más reciente de la OMS sobre este tema (la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, CIF, 2001), se busca enfocar más hacia el concepto de salud y los estados relacionado con ésta, que hacia el concepto de enfermedad. De acuerdo con estos autores:

La CIF, desde los comienzos de su elaboración, se pronuncia por un enfoque bio-psicosocial y ecológico, superando la perspectiva bio-médica imperante hasta el momento. Particularmente, este dato queda evidente con la inclusión de un apartado(segunda parte) dedicado a los factores contextuales» (s.p.).

Ellos también mencionan que el término *Discapacidad*, ha quedado, como una expresión «paraguas» (término utilizado y resaltado por Egea García y Sarabia Sánchez) para todas las condiciones de salud negativas. A continuación, el Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades (CENAMEC, 2006) ofrece la definición de Discapacidad según la CIF, definición que permite corroborar la posición de estos dos autores: es un término genérico que incluye déficits,

limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales (s.p.).

Sin restarle la utilidad que la OMS le pueda otorgar a un término que globalice los aspectos negativos de la salud, al compararse esta connotación negativa del término discapacidad con la connotación proactiva para la acción pedagógica que tiene el término necesidades educativas especiales, es necesario revisar y reflexionar sobre el uso, que se le va a dar en Venezuela, al término discapacidad, para referirse a la población y a los estudiantes que atiende la Educación Especial.

Referencias Bibliográficas

- Ballester, M. (2003). *Educación especial y modelo integral en dificultades de aprendizaje*. Curso. Universidad Nacional Abierta, Vice-rectorado Académico, Extensión Universitaria, Educación Continua.
- Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Extraído el 26 de Junio de 2006 desde <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/cemece/cif/cif.html>
- Deno, E. (1970). Special education as developmental capital. *Exceptional Children*, 37, 229-237.
- Department of Education and Science (DES, 1978). *Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People. (The Warnock Report)*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Dunn, L. M. (1968). Special education for the mildly retarded: Is much of it justifiable?. *Exceptional Children*, 34, 5-22.
- Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Extraído el 24 de Octubre de 2006 desde

<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad>

Friend, M. y Cook, L. (2000). *Interactions: Collaboration skills for school professionals* (3a. ed.). New York: Longman. *Individuals with Disabilities Act*, 20 U.S.C. § 1400 (1997).

Instituto Universitario de Mejoramiento Profesional del Magisterio (1986). *Educación especial: Manual del estudiante*. Caracas: Autor.

Lerner, J. (1997). *Learning disabilities: Theories, diagnosis, and teaching strategies* (7a. ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.

Méndez, M. (1991a). *La educación especial en Venezuela: Algunas consideraciones*. Ponencia presentada en la Primera Jornada Regional de Investigación Social «Salud Integral y Sociedad». Dr.

Hernán Méndez C. Auditorio Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera, 16-18 de Octubre.

Méndez, M. (1991b). *La formación de docente en la educación especial en Inglaterra y bases para un análisis comparativo con Venezuela*. Trabajo de ascenso, no publicado, presentado a la Universidad de los Andes. Trujillo, Edo. Trujillo., Venezuela.

O'Shea, L. J., Stoddard, K., y O'Shea, D. J. (2000). IDEA'97 and educator standards: Special educators' perceptions of their skills and those of general educators. *Teacher Education and Special Education*, 23, 125-141

Paula Pérez, I. (2003). *Educación especial: Técnicas de intervención*. Madrid: McGraw Hill.

República de Venezuela (1998). *Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente*. Gaceta Oficial No. 5.266 Extraordinario, 2 de Octubre de 1998 Caracas: Panapo.

- República de Venezuela. Ministerio de Educación (1995). *Memoria y Cuenta 1994*. Caracas: Autor.
- República de Venezuela. Ministerio de Educación (1996). *Resolución 2005*. Caracas: Autor.
- República de Venezuela. Ministerio de Educación, Dirección de Educación Especial (1976). *Conceptualización y política de la educación especial en Venezuela*. Caracas: Autor.
- República Bolivariana de Venezuela 1999 (2000). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta oficial No. 5.453 Extraordinario del 24 de Marzo de 2000. Caracas: Dabosan.
- República Bolivariana de Venezuela (s.f.) *Ley Orgánica de Educación con su Reglamento*. Gaceta Oficial No. 5662 Extraordinario del 24 de Septiembre de 2003. Caracas: La Piedra
- República Bolivariana de Venezuela, Viceministerio de Asuntos Educativos, Dirección General de Niveles y Modalidades, Dirección de Educación Especial, Ministerio de Educación y Deportes (2006). *Información General de la Modalidad Educación Especial*. Caracas: Autor.
- Silva Armas, A. (1986). Modelos de atención. En *Educación especial: Manual del estudiante*. Caracas: Instituto Universitario del Mejoramiento Profesional del Magisterio.
- Skrtic, T. M. (1986). The crisis in special education knowledge: A perspective on perspective. *Focus on Exceptional Children*, 18 (7), 1-16.
- Wilson, A. J. y Silverman, H. (1991). Teachers' assumptions and beliefs about the delivery of services to exceptional children. *Teacher Education and Special Education*, 14, 196-206.