



INCLUSIÓN Y ACCESIBILIDAD ACADÉMICA

ORIENTACIONES PARA LA ENSEÑANZA
A ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD



UNPAZ

Universidad Nacional de José C. Paz



Este cuadernillo fue realizado sobre la base de los aportes de **Gustavo Goyochea, Mauricio Mareño Sempertegui, Sandra Katz y Liliana Pagola**, especialistas en el área de discapacidad

1ª edición, agosto de 2019

© 2019, Universidad Nacional de José C. Paz. Leandro N. Alem 4731

José C. Paz, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

Universidad Nacional de José C. Paz

Rector: **Federico G. Thea**

Secretario General: **Darío Exequiel Kusinsky**

Secretaria Académica: **María Agustina Vila**

Subsecretaria de Asuntos Académicos: **Silvia Storino**

Directora General de Acceso y Apoyo al Estudiante: **Ana Laura Herrera**

Jefa de Departamento de Orientación y Accesibilidad: **María Soledad Battovaz**



Licencia Creative Commons - Atribución - No Comercial (by-nc)

Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga con fines comerciales.

Tampoco se puede utilizar la obra original con fines comerciales. Esta licencia no es una licencia libre.

Algunos derechos reservados: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>

LA DISCAPACIDAD COMO MANIFESTACIÓN SOCIAL COMPLEJA Y SU ABORDAJE EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS UNIVERSITARIAS DE INCLUSIÓN

¹ Oszlak, Oscar et G. O'Donnell (1984): "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación", en Kliksberg y Sulbrandt (comp.) Para investigar la Administración Pública, INAP, España. Págs.109 a 111

² Bourdieu, Pierre et L. Wacquant (2000): "La Nueva Vulgata Planetaria". En: Revista Le Monde, dossier L'Amérique dans les têtes, mayo. Pág. 3.

En los albores del siglo XXI, la discapacidad aún constituye una temática poco presente y en gran parte omitida de la discusión y producción académica nacional en el campo de las ciencias sociales, humanas, jurídicas, tecnológicas, de la administración y del diseño.

Como otras *no-cuestiones*¹, parece estar "marginalizada por los cánones académicos"² de las Universidades donde se estudian estas ciencias, que establecen la importancia y presencia de ciertos temas, como así también, la caducidad, intrascendencia y omisión de otros.

En este contexto de omisiones académicas, la exigüidad de producciones teóricas y la falta de formación universitaria en esta temática genera al menos dos consecuencias esperables en estudiantes, docentes, investigadores y profesionales, es decir, en aquellos actores sociales que diseñan y construyen espacios, productos, servicios, y que se constituyen en potenciales decisores sobre las normas de organización y regulación de nuestra sociedad.

Por un lado, el *desconocimiento* generalizado sobre sus múltiples dimensiones, determinantes, implicancias y maneras de abordarlo. Por el otro, la *subteorización*³, reflejada en la escasez de producciones y debates teórico-epistemológicos que orienten las intervenciones en el campo jurídico, educativo, laboral, recreativo.⁴ Situación

3 Vallejos, Indiana et al (2005): "La producción social de la discapacidad. Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos". En: Pablo Vain y Ana Rosato (2005): La construcción social de la normalidad. Alteridades, diferencias y diversidad. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires. Págs. 31-40.

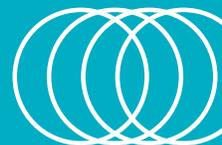
4 Podríamos citar numerosos ejemplos de acciones, proyectos o programas, de carácter público y privado, que si bien aspiran a la visibilización y problematización de la temática, y a la inclusión social de aquellas personas definidas como "discapacitadas", paradójicamente se caracterizan por la indefinición del fenómeno. No discutimos las buenas intenciones o propósitos que orientan estas acciones, sino la liviandad con la que se diseñan e implementan programas "pro-inclusión", a partir de una vaguedad sobre el fenómeno que se pretende abordar y sobre los sujetos a los cuales se dirigen las acciones.

5 Berger, P. et T. Luckmann (1995): La construcción social de la realidad. Amorrortu editores. Buenos Aires. Pág 84. Citando a Karl Marx, sin referencias. También Págs. 116 a 120.

preocupante que debiera ponerse en cuestión ya que se considera fundamental que los profesionales e investigadores egresados de las Universidades y los Institutos de Educación Superior, reciban la formación necesaria y pertinente para diseñar programas, entornos, bienes y servicios no excluyentes de algún sector de la población, y para resolver los problemas actuales que producen inaccesibilidad y exclusión.

Se estima que este panorama local de escaso tratamiento teórico de las temáticas en torno a la discapacidad en el campo de las ciencias sociales, humanas y de la educación, ha contribuido de alguna manera a la adopción a-crítica de teorías y discursos médicos sobre el mismo en los profesionales e investigadores de estas áreas del conocimiento. Proceso que devino en la reificación de este fenómeno, es decir, en una aprehensión distorsionada que eclipsa su carácter de "producción humana continua"⁵, y que lo considera como algo dado, propio de la naturaleza humana.

**PRINCIPALES MODELOS
OCCIDENTALES DE
CONCEPTUALIZACIÓN
E INTERPRETACIÓN
DE LA DISCAPACIDAD.**



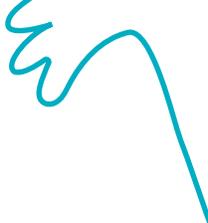


En este apartado se realizará una aproximación a los cuatro modelos conceptuales más influyentes en occidente. Es decir, se efectuará un recorrido sobre las maneras en que se fue construyendo el fenómeno de la discapacidad como *objeto* de conocimiento en los principales modelos occidentales de conceptualización e interpretación. Abordaremos el modelo Individual, al modelo Social, al modelo Bio-Psico-Social y al modelo de la Diversidad.

En tanto se reconstruirá sucintamente los modos de definir (construir) el fenómeno en cada uno de estos modelos, se intentará un acercamiento a su examen para determinar

“qué hacen con su *objeto* y qué *objeto* hacen” (Bourdieu, 2004), y cómo estas cuatro particulares formas de construir el *objeto*, se expresan, a su vez, en diferentes modalidades de abordar la temática en el campo de la educación superior. En ese sentido, se observará que cada uno de estos modelos construye su *objeto* de diferente manera.

Se trata de cuatro modelos de discapacidad pertenecientes a diversas disciplinas, algunos de los cuales poseen un carácter interdisciplinario. Su consideración se estima relevante en tanto constituyen los esquemas conceptuales que mayor repercusión han tenido en occidente y porque presentan una gran vigencia en la actualidad, con mayor preponderancia de unos sobre otros, según diferentes contextos socio-culturales. Si bien varios autores destacan una supuesta perspectiva evolutiva en la conformación de estos tipos ideales, se caracterizan más bien por su contemporaneidad y concurrencia, tanto como por su antagonismo.



1

EL MODELO INDIVIDUAL

Esta perspectiva también denominada modelo Médico, Medicalizado o de Rehabilitación se caracteriza por la *medicalización de la discapacidad*. Siguiendo a Oliver (1986, 1990a, 1990b) lo definimos como Modelo Individual, ya que localiza el “problema” de la discapacidad dentro del individuo y analiza sus causas como consecuencias y repercusiones de enfermedades exclusivamente.

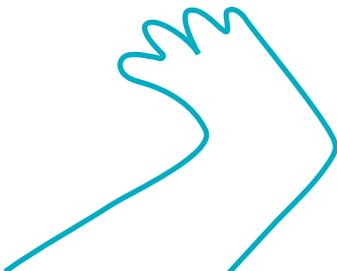
Si bien las raíces de esta perspectiva pueden remontarse a los inicios del sistema capitalista Europeo y a la configuración moderna de la profesión médica, estimamos que se formaliza y legitima definitivamente como “modelo” en los años ‘70 del siglo XX a partir de los trabajos del Dr. Philip H. N. Wood, cuyos argumentos se cristalizarán en esa misma década en la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento que representa la síntesis de los enfoques individuales del siglo XX.

A inicios de la década del ‘70 del siglo XX, la OMS se planteó la necesidad de revisar sus criterios de medición de la salud en la población. Estos criterios: el Diagnóstico y la Mortalidad, formaban parte de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE), sin embargo, se estableció que era fundamental considerar otras medidas de salud que contemplaran los aspectos relacionados con las repercusiones de las enfermedades en el individuo, tanto en su propio cuerpo como en su actividad y en su relación con el entorno (OMS, 1980; OMS, 2001a; Egea García y Sarabia Sánchez, 2004)

Después de varias formulaciones y revisiones, la OMS encarga a Wood la elaboración de una clasificación que responda a esos objetivos. Esta fue puesta en marcha en 1976 y publicada, con carácter experimental, en 1980 bajo el nombre de Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

Desde esta visión, la discapacidad tiene origen en una **deficiencia**, entendida esta última como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. En este sentido la CIDDM plantea que la **discapacidad** es toda restricción o ausencia-debida a una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (OMS, 1980).

El modelo individual, entonces, alude a la discapacidad en términos de consecuencias de enfermedad. La concibe como corolario de una deficiencia a ser erradicada -en la medida de lo posible- a partir del principio de normalización y su correlato en el campo de la salud: la rehabilitación. De este modo, se deposita en las técnicas de rehabilitación médica, toda probabilidad de participación e utilidad social de las personas en situación de discapacidad.



Creemos que este modelo presenta más limitaciones que aportes para la comprensión de la complejidad de este fenómeno:

- Es un modelo exclusivamente patológico, que al concebir la discapacidad como una resultante de la enfermedad, la abstrae de toda circunstancia socio-cultural, restringiendo las posibilidades de análisis del sistema de relaciones históricas y sociales del cual necesariamente forma parte.

- Su concepción de discapacidad como condición y atributo personal instala "la dificultad" en el individuo que no puede adaptarse a las necesidades y exigencias del sistema social en el cual está inserto. Por ende, sus posibilidades de interacción y participación social son definidas como una responsabilidad netamente individual, y se encuentran supeditadas a las probabilidades de rehabilitación médica.

- Su estructura conceptual se basa en una mono-causalidad biológica y en el supuesto médico de la normalidad funcional, que aquí denominaremos *normalidad bio-médica*. El eje de análisis se centra en el cuerpo, en sus desviaciones y deterioros, de esta forma, se puede plantear que es un enfoque normalizador y biologista.

EL MODELO SOCIAL

2

Se podría afirmar que el origen, desarrollo y configuración de este modelo se generaron a partir de la crítica y rechazo de los postulados del enfoque expuesto anteriormente. De esta manera, su presupuesto fundamental alega que las causas que originan la discapacidad no son biológicas, sino sociales (Hunt, 1966; UPIAS, 1974, 1975; Oliver, 1986, 1990a, 1990b; Finkelstein, 1980).

Este modelo fue construido por el sociólogo inglés Michael Oliver a inicios de los años '80, a partir de los aportes y la influencia de activistas en situación de discapacidad y sus organizaciones, quienes desde la década del '60

analizaban críticamente el fenómeno desde su experiencia personal.

Uno de los aportes centrales de esta perspectiva es la redefinición de la discapacidad a partir de su diferenciación de la concepción de deficiencia (Modelo Individual). En este modelo la **discapacidad** comienza a plantearse como la desventaja o la limitación en la actividad causada por la organización social contemporánea, que tiene escasa o ninguna consideración por las personas con deficiencias físicas, y que por lo tanto, las excluye de la corriente principal de las actividades sociales (UPIAS, 1974, 1975; Oliver, 1986, 1990a, 1990b, 1998).

La discapacidad es descripta entonces como una forma específica de opresión social, de sometimiento social; es una situación impuesta a las personas con deficiencias por la forma en que se las aísla y excluye innecesariamente de la plena participación en la sociedad. En esta lógica, la sociedad discapacita a las personas con deficiencias (UPIAS, 1975; Oliver, 1990b). Se enfatiza también la importancia de que las personas con deficiencias obtengan el control de sus vidas, control históricamente asumido por los profesionales de la rehabilitación y sus instituciones. En este sentido, se rechaza la segregación y la institucionalización y se destaca que el eje central no radica en hacer el bien a las personas con deficiencias o de proporcionarles asistencia social. Sino en promover el ejercicio de sus derechos de igual modo que las personas sin deficiencias.

A diferencia del modelo medicalizado, esta perspectiva presenta al menos cuatro premisas, que constituyen un aporte fundamental

para redefinir el fenómeno, aproximarse a su naturaleza real y, por ende, orientar la investigación y la intervención en este campo desde una perspectiva crítica y relacional:

- Incorpora la **experiencia personal** de las personas en situación de discapacidad al análisis y definición del fenómeno, de sus **necesidades y demandas** y de las eventuales modalidades de resolución. Componente omitido por el modelo individual.

- Trasciende la medicalización del fenómeno a partir de la incorporación de las **estructuras económicas, culturales y políticas de la sociedad capitalista** como condiciones objetivas determinantes. En el modelo individual el contexto es concebido como mero escenario, aquí se constituye en un actor categórico.

- Reconoce a las personas en situación de discapacidad como personas con **derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales**, a diferencia del modelo medicalizado donde se los concibe como sujetos enfermos a normalizar, y por ende a rehabilitar.

- Resignifica la discapacidad como una **situación social** creada por los hombres, diferenciándola del concepto de deficiencia, que alude a una condición biológica.

Sin embargo, pese a estos aportes presenta tres importantes limitaciones:

- Su estructura conceptual no incorpora a las deficiencias en el análisis del fenómeno, subestimando su incidencia en las vidas de las personas en situación de discapacidad.

- Supone que la población en situación de discapacidad conforma un todo homogéneo, desconociendo las heterogeneidades existentes al interior de este grupo poblacional.

- No logra desligarse de la supuesta *normalidad biomédica* característica del modelo medicalizado. Al referirse a deficiencias, insuficiencias, alteraciones, miembros defectuosos, etc., se basa en el mismo patrón biológico-médico que estructura el modelo individual. En ese sentido, pese a su crítica y oposición a este modelo, paradójicamente, comparte con él la "ideología de la normalidad" (Oliver, 1990a).

En otros términos, el enfoque social distingue acertadamente *discapacidad de deficiencia*, sin embargo, esta última mantiene aún su carácter de anormalidad. No plantea normalizar los cuerpos, como en el modelo individual, pero estos continúan siendo percibidos y aceptados como cuerpos anormales.



EL MODELO BIO-PSICO SOCIAL

3

Este enfoque propuesto por la OMS en el año 2001, se autodefine como la integración de los modelos antagonicos antes señalados, ya que postula que ninguno de ellos podría resolver, por sí solo, todas las problemáticas inherentes a la realidad compleja de la discapacidad.

Desde una visión integradora, intenta lograr una síntesis que ofrezca una mirada coherente de las diferentes dimensiones de la salud, desde una perspectiva biológica, individual y social.

Según sus autores y adeptos, este modelo implica, además, un significativo cambio conceptual (OMS, 2001a, 2001b).

A partir de las numerosas críticas efectuadas a la CIDDM, dentro de las cuales se cuestionaba el esquema causal-lineal subyacente, la categorización de situaciones limitantes y de desventaja,

y la omisión del contexto, la OMS inicia un extenso y complejo proceso de revisión de esta clasificación, que como se mencionó, representa la concreción de los enfoques individuales y medicalizados de la discapacidad.

El periodo de aplicación de la CIDDM supera los veinte años y su proceso de revisión, iniciado oficialmente en 1993, se prolongó por casi una década, hasta la publicación en mayo de 2001 de la nueva CIDDM, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001a; Egea García y Sarabia Sánchez, 2004).

En un contexto donde, por un lado, cada vez se hacían más evidentes las limitaciones del modelo individual para captar la complejidad del fenómeno de la discapacidad y, por el otro, se acrecentaba la difusión y aceptación de los postulados del modelo social, sobre todo en organizaciones de personas en situación de discapacidad, la OMS ensaya una alternativa de síntesis de ambos enfoques.

La CIF expone como objetivo principal brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con ella. Se advierte que con esta clasificación, la OMS abandona su enfoque inicial de “consecuencias de la enfermedad” para enfocar el objetivo hacia la salud y los estados relacionados con ella. En ese sentido, se plantea que supera la perspectiva bio-médica de la CIDDM, pronunciándose por un enfoque bio-psico-social y ecológico (OMS, 2001a; Egea García y Sarabia Sánchez, 2001)

Proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y las restricciones, y sirve como marco de referencia para organizar esta información. El funcionamiento de un individuo es entendido como una relación compleja o interacción entre la **condición de salud**⁶ y los factores ambientales. En este esquema los factores ambientales interactúan con la persona con una condición de salud e influyen positivamente o negativamente en el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona (OMS, 2001a).

En este marco, la discapacidad ya no es construida como una consecuencia o derivación de una deficiencia, sino como un término genérico que incluye:

- Las **deficiencias** en las funciones y estructuras corporales
- Las **limitaciones** en la actividad y
- Las **restricciones** en la participación.

De esta manera es explicada como la resultante de la interacción entre un individuo (con deficiencias) y los factores ambientales que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. Factores externos al individuo. Es decir, indica los aspectos negativos de esa interacción.

⁶ Término genérico que se refiere a toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia en las actividades diarias. Es decir, incluye enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.

Como se mencionó anteriormente, los factores ambientales ejercen una influencia positiva o negativa en el nivel y extensión del funcionamiento de las personas. De este modo, se configurarán en barreras cuando a través de su ausencia o presencia limiten el funcionamiento y generen discapacidad; o en facilitadores si al contrario, mejoran el funcionamiento de una persona y reducen la discapacidad (OMS, 2001a).

La CIF introdujo fundamentalmente un cambio en la terminología y sus aportes centrales pueden resumirse en:

- Propiciar la articulación y realizar un esfuerzo de síntesis de dos enfoques notoriamente antagónicos como lo son el modelo individual y el social.
- Promover la utilización de una terminología neutral y positiva al definir y clasificar la discapacidad.
- Plantear de manera incipiente la distinción entre enfermedad y discapacidad. A partir de lo cual aparentemente supera la mono-causalidad biológica atribuida al fenómeno.
- Incorporar además de los factores biológicos y psicológicos, los condicionantes ambientales y contextuales, en la construcción conceptual del fenómeno de la discapacidad.

Ahora bien, creemos que esta clasificación no está exenta de limitaciones:

- Pese a que actualmente constituye el sistema conceptual oficial para describir, interpretar y clasificar el funcionamiento humano y la discapacidad, es escasamente aplicada -al menos en Argentina- quizás por la complejidad que presenta su nomenclatura, sus componentes y su esquema de codificación. En ese sentido, debido a su lenguaje y terminología específica, su utilización queda restringida a algunos profesionales de la medicina.
- Si bien propone términos positivos y neutros para definir el fenómeno de la discapacidad, los conceptos que se objetivan en esos términos son análogos a los de la CIDDM de los años '80. Dicho de otro modo, bajo la apariencia de "nuevos términos" la CIF conserva aún los conceptos propios del modelo medicalizado. En ese marco, parece coherente que preserve el supuesto de la normalidad funcional que postula el saber médico.



4

EL MODELO DE LA DIVERSIDAD

Bajo este rótulo encontramos a una nueva perspectiva conceptual, una nueva manera de entender el fenómeno de la discapacidad, cuyos principales referentes definen como una derivación y superación del modelo Social. Sus autores plantean que los modelos a partir de los cuales se ha interpretado, definido e intervenido en el campo de la discapacidad revelan agudas limitaciones a la hora de abordar las situaciones de discriminación que históricamente han signado a las personas en situación de discapacidad, y a la hora de enfrentar los nuevos desafíos que se presentan en el campo de la bioética (Palacios y Romañach, 2007).

Este modelo basado en los postulados del Movimiento de Vida Independiente⁷, es sugerido, a finales del año 2006 en España, por el licenciado en Informática Javier Romañach y la abogada argentina Agustina Palacios, quienes proponen la articulación de la Bioética y los fundamentos de los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar un cambio social profundo necesario e imprescindible para la plena igualdad de oportunidades y la no discriminación de la población en situación de discapacidad (Palacios y Romañach, 2006).

⁷ El Movimiento de Vida Independiente (MVI) es un movimiento político y social mundial de personas en situación de discapacidad que proclama la autodeterminación, el respeto y la igualdad de oportunidades como postulados centrales. Su génesis se encuentra estrechamente relacionada con las luchas por el reconocimiento de los derechos civiles, desplegadas por los movimientos afro-americanos estadounidenses de las décadas de los

'50 y '60. Para varios autores su origen podría situarse cronológicamente en el año 1962, cuando Ed Roberts, considerado el padre del movimiento, consiguió ser admitido en la Universidad de California con sede en la ciudad de Berkeley, después de lidiar contra la resistencia inicial expuesta por las autoridades de esta Universidad. Roberts redefinió el concepto de independencia como "el control que una persona tiene sobre su propia vida" sentando las bases para una nueva filosofía que aplicó a su vida propia. Si bien el MVI se ha expandido más allá de las fronteras de los EEUU y cuenta con redes en diversos países del mundo, es prácticamente desconocido en Argentina.

Para construir este modelo, sus autores toman a su vez, como insumo fundamental, las reflexiones planteadas en el Foro de Vida Independiente de España⁸, donde a principios del año 2005 se propone, y se empieza a utilizar un nuevo concepto expresado en el término “diversidad funcional” para sustituir a otros de semántica peyorativa como “discapacidad”, “minusvalía”, “invalidez”, etc. (Romañach y Lobato, 2005).

Partiendo del **reconocimiento** de que la diversidad, la diferencia, es un atributo inherente a la propia existencia del ser humano, se refieren a personas con cuerpos u órganos que funcionan de manera diferente a la mayoría estadística de la sociedad, y que por motivo de esa diferencia, realizan las tareas habituales de todo humano de maneras diferentes a las convencionales.

En este sentido, trascienden las discusiones sobre la causalidad del fenómeno y conciben a la diversidad funcional como un elemento enriquecedor al interior de la pluralidad humana, como una manifestación más de la diversidad de la especie.

Además de los planteos relacionados con la diversidad humana, otro núcleo central de esta perspectiva es el acento atribuido al concepto de dignidad humana. Argumentan que la dignidad constituye una cualidad inmanente a la esencia del ser humano y que su minusvaloración en las personas con diversidad funcional es responsable de las **situaciones de discriminación** y desigualdad persistente que padecen (Palacios y Romañach, 2006, 2007). En otros términos, nos alertan sobre su no-reconocimiento como personas. De esta manera, plantean

⁸ El Foro de Vida Independiente (FVI) de España, es una comunidad virtual creada a mediados del año 2001. Aprovechando las nuevas posibilidades de comunicación social permitidas por Internet, se forma con la intención de debatir y difundir la filosofía del Movimiento de Vida Independiente (Palacios y Romañach, 2006).

que éste es el problema de fondo que los otros modelos no alcanzan a percibir, y por ende, a resolver.

Afirman que las personas con diversidad funcional son discriminadas, a su vez, por su condición biológica, por su corporeidad diferente a la de la mayor parte de la población, que no les permite realizar las mismas funciones de igual manera que esa mayoría. Es ésta situación de discriminación la que los impulsa a agruparse e identificarse como un grupo humano que debe luchar por el reconocimiento de sus derechos y por oportunidades efectivas en la sociedad. Discriminación que se expresa en segregación, exclusión e inferiorización, y que al encontrarse naturalizada en el imaginario social, no es percibida por el resto de la sociedad, e incluso por muchos miembros del colectivo. Como se puede advertir, además de plantear que en las sociedades occidentales se acepta acríticamente que las personas con diversidad funcional sean apartadas de los espacios públicos de la vida social, de manera sugerente nos proponen que es la discriminación y no la propia diferencia funcional la que delimita la pertenencia al colectivo.

Por otro lado, este enfoque cuestiona de manera consistente la noción de “normalidad”. Se expone que las maneras en que se construye nuestro entorno dependen de lo que se ha enseñado que es “normal” en sentido estadístico. Así, se alude que lo “normal” es solo una ficción estadística de carácter meramente instrumental que se refiere a lo corriente, a lo más frecuente. Bajo esa lógica, se ha creado una sociedad en la que no se ha considerado la posibilidad de contemplar plenamente la diversidad en todos sus ámbitos. Por el contrario en la construcción del entorno social, físico y mental, ha primado la discriminación de todo aquel que es diferente.

Estimamos que esta perspectiva introduce varios **aportes** a las actuales discusiones tendientes a repensar este fenómeno social:

- Plantea un sustancial cambio conceptual y no solo terminológico como el modelo Bio-Psico-Social de la CIF-OMS. Referirse a Diversidad Funcional como concepto superador del tradicional concepto de Discapacidad, implica un aporte que constituye un auténtico cambio de paradigma.
- Derriba el “el mito del cuerpo perfecto, del cuerpo completo” proclamado por el saber médico occidental. Es decir, supera el principio subyacente a partir del cual se construyen los tres modelos anteriores y que al parecer adquiere un carácter natural, se hace alusión al supuesto de la *normalidad biomédica*. Por el contrario esta perspectiva se fundamenta en el principio de la *diversidad humana* concebida como una característica inherente y constitutiva del hombre y la sociedad.
- Incorpora la Diversidad, la Dignidad Humana y la Bioética como ejes centrales de su estructura conceptual.
- Considera, al igual que el modelo Social, la experiencia personal de las personas en situación de discapacidad como un componente fundamental en la construcción del modelo.

No obstante estos significativos aportes, debido a su incipiente desarrollo conceptual, quizás presente como mayor limitación el contar con escasas experiencias de aplicabilidad, al menos en Argentina y el resto de Latinoamérica.

En las páginas precedentes se ensayó una breve aproximación y análisis de cuatro modelos a partir de los cuales se ha interpretado, definido e intervenido en el campo de la discapacidad en occidente. La construcción y presentación de esta tipología responde a que los modelos que la conforman, son contemporáneos y poseen gran vigencia en el mundo occidental. En ese sentido, sus repercusiones en la práctica y, por ende, en el diseño e implementación de políticas económicas y sociales, han sido y son evidentes, según momentos históricos y contextos culturales diversos.

Se considera fundamental el acercamiento al estado actual de las discusiones conceptuales más relevantes sobre el fenómeno de la discapacidad, ya que este ejercicio constituye la base inicial para repensarlo críticamente en pos de una reconceptualización que oriente la gestión e implementación de políticas y prácticas educativas inclusivas.

Como se dijo anteriormente, estos modelos de conceptualización e interpretación confieren fundamento, sentido y orientación a los lineamientos a partir de los cuales se realizan los abordajes e investigaciones en la temática. A partir de la comparación de los cuatro modelos, se observa que cada uno construye un concepto diferente:

- El **modelo Individual** construye la discapacidad como una consecuencia de las enfermedades, traumatismos y otros trastornos orgánicos y/o funcionales.
- El **modelo Social** la construye como una forma de opresión producida socialmente.
- El **enfoque Bio-Psico-Social** lo hace en términos de resultado de la interacción entre el individuo deficiente y la sociedad.
- El **modelo de la Diversidad** plantea un significativo e interesante cambio de terminología. Se refiere a diversidad funcional como concepto superador del concepto de discapacidad. La construye como un elemento enriquecedor al interior de la pluralidad humana, es decir, como una manifestación más de la diversidad de la especie.

Ahora bien, se puede distinguir que la construcción de la discapacidad en los tres primeros modelos se asienta en la naturalización del supuesto de la normalidad biomédica. Quizás la única característica que presentan en común. Por el contrario, el modelo de la diversidad, quizás discutible en varios aspectos debido a su embrionario desarrollo conceptual, trasciende esa visión estandarizada del cuerpo humano, que Hahn (1996) denomina “prototipo físico ideal de cuerpo entero”, pregonada por el discurso médico occidental, y se cimienta en el principio de la diversidad humana concebida como un atributo constitutivo de la especie.

El cuadro 1, grafica lo antes señalado.

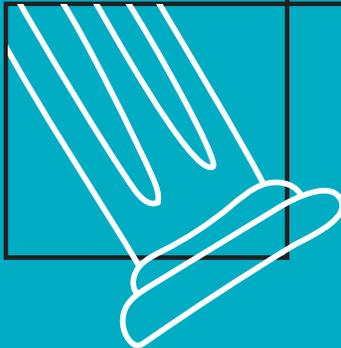
CUADRO 1. LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCAPACIDAD COMO CONCEPTO EN LOS PRINCIPALES MODELOS OCCIDENTALES

	MODELO INDIVIDUAL	MODELO SOCIAL	MODELO BIO-PSICO-SOCIAL	MODELO DE LA DIVERSIDAD
Representantes Principales	<ul style="list-style-type: none"> Philip H. N. Wood (1976) Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980) 	<ul style="list-style-type: none"> Movimiento de Vida Independiente (EEUU '60) P. Hunt (UK 1966) UPIAS (UK 1972) M. Oliver (UK 1983) 	<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) 	<ul style="list-style-type: none"> Foro de Vida Independiente (España, 2005) J. Romañach y M. Lobato (2005) A. Palacios (2006)
Modos de construir el objeto	Consecuencia de las enfermedades, traumatismos y otros trastornos	Forma de opresión producida socialmente	Interacción entre el individuo deficiente y la sociedad.	Cambio de terminología. DIVERSIDAD FUNCIONAL Elemento enriquecedor al interior de la diversidad humana.
Supuesto Subyacente	Normalidad Bio-Médica	Normalidad Bio-Médica	Normalidad Bio-Médica	Diversidad Humana

En este sentido, parece fundamental **desutancializar y problematizar** el presupuesto de la normalidad biomédica como condición de posibilidad para aproximarse a una comprensión superadora de la discapacidad desde un enfoque multidisciplinario; construída como un hecho social y político, complejo y multifacético, que no puede ser examinado al margen del todo social y cuyo análisis requiere necesari-

amente la interpelación crítica de los patrones y estándares teóricos de la estética y la corporalidad instituidos en las sociedades occidentales. Como señala Goffman (2003) "para comprender la diferencia no debemos mirar lo diferente, sino lo corriente", es decir, lo establecido socialmente como normal en un contexto y en un momento histórico determinado.

**LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD
SENSORIAL Y
LOS DESAFÍOS PARA
LA EDUCACIÓN
SUPERIOR**



¿De qué hablamos cuando hablamos de accesibilidad?

GENERALIDADES Y PARTICULARIDADES

De acuerdo a la definición que nos ofrece la Convención, se entiende por Accesibilidad a la aplicación de las medidas necesarias en el entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, identificando y eliminando obstáculos y barreras de acceso, para garantizar el acceso de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Cuando hablamos de accesibilidad, es importante poder reconocer fundamentalmente, tres tipos:

Accesibilidad Física – Edilicia – Arquitectónica: donde una persona en situación de discapacidad física o motriz, puede encontrar barreras tales como escaleras, pisos irregulares, desniveles, cordones de las calles, etc.

Accesibilidad Comunicacional: cuando una persona no accede a la lengua de la mayoría por no escuchar, no ver o no entender términos utilizados y esto constituye una barrera para comprender de qué se habla, quién habla, qué dice en un texto escrito en formato papel o digital, etc. y limita su participación (preguntando, aceptando o negando, opinando, etc.)

Accesibilidad Académica: cuando hablamos de accesibilidad académica nos referimos específicamente al derecho de las personas de acceder a todos los niveles de educación del Sistema Educativo, haciendo uso de todos los dispositivos necesarios para que esto sea posible. En el caso puntual de las personas con discapacidad, podemos pensar en ejemplos tales como brindar mayor tiempo para una evaluación; ofrecer alternativas diferentes a las convencionales o elegidas para evaluar (en función de las propias capacidades de cada estudiante: de manera escrita, oral, en LSA, etc.)

Por otra parte, de acuerdo a las legislaciones vigentes, en los niveles primario y secundario, se sostiene el concepto de configuraciones prácticas de apoyo como el conjunto de dispositivos de acompañamiento y sostén necesarios, siempre adecuados a cada caso para garantizar el derecho a la educación en cada nivel. La intención política pedagógica supone generar condiciones de igualitario acceso al conocimiento

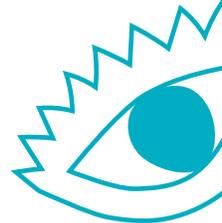
CONSIDERACIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE ESTUDIANTES CON DISMINUCIÓN O PÉRDIDA VISUAL

Teniendo en cuenta la concepción de la discapacidad definida por el modelo social y ratificada en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad visual podría definirse como **la interacción entre la deficiencia visual del sujeto relacionada a la baja visión o la ceguera, y las barreras que impone la sociedad.**

La deficiencia visual se determina teniendo en cuenta la disminución en mayor o menor grado de la agudeza visual y la reducción significativa del campo visual. La *agudeza visual* es la capacidad para discriminar entre dos estímulos visuales distintos a una determinada distancia, y el *campo visual* refiere al área total en la cual los objetos se pueden ver en la visión lateral (periférica), mientras se enfoca la vista en un punto central.

Dentro del grupo de personas con deficiencias visuales podemos encontrar dos subgrupos, los que son *ciegos totales* y los que cuentan con un resto visual, a los que se denomina *con baja visión*.

La ceguera Total o amaurosis, se determina cuando no hay respuesta visual, y ceguera Legal cuando hay 1/10 de agudeza visual en el ojo de mayor visión, con correctivos y/o 20 grados de campo visual. Se considera que existe baja visión, cuando hay al menos 3/10 de agudeza visual en el ojo de más visión, con corrección y/o 20 grados de campo visual total. Con esta caracterización médica de la deficiencia visual, lejos de centrar el trabajo en las patologías, lo que intentamos hacer es exponer de la manera más clara posible las dificultades en el acceso a la información que estas deficiencias producen y con las que lidian cotidianamente estas personas.



ESTRATEGIAS DE APOYO ACADÉMICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.

En este apartado ofrecemos **criterios generales para el apoyo académico** de estudiantes con disminución o pérdida visual. Constituyen orientaciones para la acción que nos facilitan pensar configuraciones de apoyo para cada uno/a de ellos/as y el trabajo cotidiano en el aula.

Primer Contacto

ENTREVISTA CON LA/EL ESTUDIANTE.

Cuando comenzamos el texto señalamos que las barreras que más expulsan a los/las estudiantes con discapacidad y la que más cuesta erradicar, son las barreras actitudinales. Una forma de comenzar a derribar dichas barreras es conocer el rol que tenemos como trabajadores de la educación, entender el rol social que cumple nuestra universidad y donde está ubicada, las características socio-económicas del estudiantado que le da vida y la desigualdad estructural por la que atraviesa el colectivo de personas con discapacidad. Desigualdades manifiestas en situaciones económicas y sociales, pero por sobre todo desigualdades en la concepción y ejercicio del derecho producto de generaciones de conciencias moldeadas por el modelo médico rehabilitador. Si tomamos en consideración esto al sentarnos con el/la estudiante, estaremos derribando las barreras actitudinales que nos limitan.

Lo primero a tener en cuenta cuando recibimos a un/a estudiante con discapacidad visual, es considerar que ya tiene un recorrido académico previo: mínimamente cursó la escuela primaria y secundaria integrado en una escuela común, o con su equivalente en una escuela de educación especial. En ambos casos, el/la estudiante viene con una mochila de herramientas y experiencias que son muy importantes conocer. Para ello es recomendable

mantener una entrevista con el/la estudiante donde podamos recoger los datos necesarios que nos ayude a determinar las configuraciones de apoyo que se deben implementar para su acompañamiento.

En el marco de la entrevista es conveniente saber:

- Diagnóstico de la deficiencia
- Grado de disminución de la visión
- Si hay discapacidades asociadas
- Si la discapacidad es congénita o adquirida, si es así, en qué edad.
- Como accede a la información (Braille, macro-tipo, digital, audio u otro).
- Con que herramientas cuenta para ello: punzón y regleta, máquina Perkins, PC con lector de pantalla, magnificador, celular, etc.

De igual manera, es muy importante conocer su entorno y los recursos con los que cuenta, no podemos desvincular la variable del contexto en las configuraciones de apoyo que se determinen. En el momento de la entrevista, es importante establecer el vínculo con el/la estudiante desde lo personal y no desde la discapacidad, no hay que olvidarnos que es una persona con discapacidad y no una discapacidad en persona (Grzona, 2014).

Utilizar con naturalidad las palabras “ciego”, “viste”, “mirá”, etc., no genera inconvenientes en la persona ya que son palabras habituales en su vocabulario.



Consideraciones generales

Alrededor del 80% de la información que recibimos del mundo en general es visual, en el caso de las personas con discapacidad visual la capacidad de acceso a esta información se encuentra en el mejor de los casos, limitada o totalmente anulada.

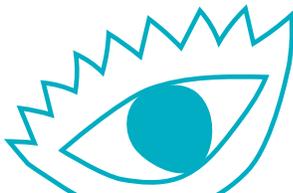
Este colectivo cuenta con dos vías principales de **acceso a la información: la auditiva y la táctil**, por lo tanto la percepción y el conocimiento van a estar restringidos o fragmentados en directa relación con la patología, los apoyos y las barreras que imponga el entorno.

Generalmente las personas con discapacidad visual utilizan un bastón para guiarse al caminar. El bastón blanco indica que la persona es ciega, el verde que tiene baja visión. Asimismo algunas personas utilizan la asistencia de un acompañante o perro guía.

Si vamos a ofrecer ayuda a una persona con discapacidad visual, es recomendable preguntarle a la persona cómo prefiere que se lo ayude. Si necesita trasladarse a un sector específico, consultarle si quiere que lo llevemos y ofrecerle el hombro para que se tome, al guiarlo tenemos que tener en cuenta anticipar las situaciones de riesgo, por ejemplo:

- Escalones –anunciar primer y último escalón y poner su mano en el pasamano-
- Al pasar por un estrechamiento, permitir que se proteja detrás de nosotros.
- Informar de letteros colgantes a una altura riesgosa o matafuegos en el paso.

Debemos recordar anunciar obstáculos del camino con anticipación ubicando espacialmente, derecha-izquierda-arriba-abajo, Evitar, "allí, aquí..." ya que no significan nada para la persona con discapacidad visual.



Consideraciones actitudinales

- ▶ Reducir las vacilaciones frente a el/la estudiante para no incrementar su inseguridad.
- ▶ Permitirle autonomía. Consultarle si necesita ayuda, pero no ayudarlo si no lo necesita/solicita.
- ▶ Preguntarle sobre sus necesidades. Si queremos saber algo de él/ella, le debemos preguntar directamente.
- ▶ Al saludar o charlar con un/a estudiante con discapacidad visual, debemos identificarnos para que no tenga dudas de con quien está hablando, y avisar cuando nos retiramos.
- ▶ En la comunicación de las personas con discapacidad visual se aprecia una escasa o nula expresión gestual. Esta característica comunicativa no LA DEBEMOS confundir con indiferencia. Igualmente, tenemos que tratar de hablarle de frente y mirándole a la cara (Grzona, 2014). Puede apreciarse un oscilar en cabeza o tronco.
- ▶ No usar un intermediario para dirigirse a él/ella, hacerlo directamente y por su nombre
- ▶ Evitar las expresiones compasivas.

Apoyos específicos para el estudiante

► BIBLIOGRAFÍA ACCESIBLE

Como cualquier otro estudiante, la persona con discapacidad requiere de la bibliografía de estudio, trabajos prácticos, parciales y todo el material que el docente considere para llevar adelante las clases. Dada su discapacidad el/la estudiante no va a poder acceder a estos elementos en su formato tradicional –papel-, por lo tanto, debemos realizar los ajustes razonables para proveerle de los materiales necesarios en el formato y el tiempo que lo necesite.

Para ello tenemos que conocer cuál es la forma en la que el/la estudiante accede a la información y con qué elementos cuenta –cosa que averiguamos en la entrevista inicial. No podemos asociar automáticamente la discapacidad al formato, por ejemplo, ciego=Braille. La determinación del formato en el que se debe adaptar el material de estudio está en directa relación con las necesidades, conocimientos y recursos con los que cuenta el/la estudiante, por lo tanto, lo tenemos que definir con él o ella. Por otro lado, para que la adaptación cumpla su cometido, es conveniente que el/la estudiante cuente con los materiales adaptados de estudio unos días antes o por lo menos el día que se ponen a disposición para el resto de sus compañeros.

Para ello, y para comenzar con la adecuación lo antes posible, sería oportuno que tengamos antes del comienzo del año académico y/o del

cuatrimestre, la bibliografía, el material adicional, los trabajos prácticos, etc. de la materia o materias que va a cursar el/la estudiante, para comenzar con la adecuación lo antes posible. La idea es que el/la estudiante cuente con la bibliografía para que pueda participar en el aula al mismo tiempo que el resto de sus compañeros/as y evitar desfasajes de aprendizaje.

Los formatos posibles de accesibilidad que cubrirían las necesidades tanto de personas ciegas como con baja visión, son:

BRILLE- AUDIO- MACROTIPO- DIGITAL.

Puntualizaremos brevemente cada una de ellos:

- **Braille:** es un sistema de lectoescritura táctil, mediante la combinación de seis puntos en una celda, con una altura mínima determinada. La impresión se realiza sobre hoja de mayor gramaje (120 a 140 gramos aproximadamente). La impresión se puede realizar de tres maneras:
 - Manual, utilizando regleta y punzón.
 - Mecánica, mediante el uso de una máquina de escribir braille.
 - Electrónica, utilizando una PC, un software conversor y una impresora braille.
- **Audio- audio-textos:** pueden ser realizados mediante la grabación directa por una voz humana, o mediante un software conversor texto/audio con voces sintéticas. Macrotypo o formato con fuente ampliada: requiere que cotejemos con el/la estudiante el

tamaño y tipo de la fuente y el color del papel que vamos a utilizar.

Formato digital: nos referimos a los archivos realizados mediante un procesador de textos en un sistema informático. Estos archivos pueden ser: doc, docx, RTF, TXT, PDF, HTML, etc. Los documentos digitales pueden obtenerse de la siguiente manera:

- Mediante su digitalización. Proceso que se realiza con la intervención de un escáner y un software OCR (reconocedor óptico de caracteres), y la posterior corrección del texto resultante.
- Mediante su descarga de la web (existen varios sitios donde podemos conseguir material bibliográfico ya digitalizado).
- Solicitándole una copia del original ya digitalizado a el/la autor/a, la Editorial o la persona que lo ha creado.
- De la Base de Datos Unificada Accesible (BDU Accesible), recursos Accesibles de las Universidades Nacionales <http://bdu.siu.edu.ar/accesible/> y otros procesadores.

El texto que obtengamos va a ser utilizado por un/a estudiante con discapacidad visual -ciego/a o con baja visión- que utiliza una PC adaptada con un software Lector de pantalla y/o un magnificador de texto. La condición de formato digital no garantiza su accesibilidad. Para ello, en el caso de digitalizarlo, se deben corregir los errores de reconocimiento, reestructurar tablas y esquemas, describir gráficos e imágenes, ordenar notas y llamadas, con el fin de que quede un texto plano factible de ser leído por un software lector de pantalla. Lo mismo debe ocurrir con el lector humano: es necesario que anticipe oralmente los signos gráficos (entrecomillado, negrita, etc)

► HERRAMIENTAS DE APOYO Y TECNOLOGÍA ADAPTATIVA

Como señalamos la pérdida o disminución visual restringe o anula la posibilidad de acceso de información mediante la vista, provocando que la persona con discapacidad visual deba buscar formas alternativas para poder acceder a determinados contenidos. En el caso que nos convoca, la lectura y la escritura es uno de esos contenidos indispensables.

Hoy día existe una amplia gama de herramientas que colaboran en brindar dicho acceso, alguno de ellos nombrados en las páginas precedentes son:

• **Lectores de pantalla.** Es un software que permite a las personas ciegas o con graves problemas de visión utilizar una PC. Un lector de pantalla intenta identificar e interpretar qué se muestra en la pantalla de una PC para representarlo de forma alternativa, mediante una voz sintética o con una línea Braille. Los mas populares son: JAWS (Job Access With Speech), NVDA (NonVisual Desktop Access), ambos para Windows, el NVDA es gratuito; y el Orca desarrollado por el proyecto GNOME.

• **Magnificadores de pantallas.** Son software que permiten visualizar el contenido de la pantalla con un considerable aumento, lo que supone una ayuda para las personas con baja visión. Alguno de ellos son: MAGic, MaGUI (gratuito), Zoomtext, etc.

• **Opciones de accesibilidad de Windows.** Narrador, lupa, tamaño del cursor y del puntero, personalizar la pantalla, reconocimiento de voz, etc.

- **Videolupas.** Hardware que permite magnificar la tipografía de los textos, cambiar su contraste, etc. Las versiones portátiles permiten conectarlas a una TV.

- Grabadores digitales de periodista. Con este equipo el/la estudiante puede grabar las clases, bajar el audio en una PC y con más tiempo hacer sus apuntes.

- **Máquina mecánica de escribir Braille.** Para tomar apuntes en Braille, realizar parciales o TP.

► APOYOS PARA EL AULA

- **Para la toma de apuntes:**

- › Debe permitirse el uso de notebook con auriculares y facilitarle el espacio y enchufe para que la pueda utilizar. De igual manera si toma apuntes con una máquina de escribir Braille, debemos contar con mesa plana.

- › Se debe permitir grabar las clases. Generalmente el/la estudiante no logra tomar un apunte completo de la clase, por lo que grabarla le permite completar el trabajo en su casa.

- › Moderar, de ser posible, el ruido ambiente

- › Recomendar a el/la estudiante que se siente adelante –próximo al profesor/a–, para tener un buen registro de la clase.

- **Para las evaluaciones:**

- › Acordar con el/la estudiante el formato en el que quiere recibir y realizar la evaluación.

- › Una vez definido el formato, solicitar al sector correspondiente su adecuación.

- › En la medida de lo posible, utilizar el mismo

sistema de evaluación que el resto de sus compañeros/as.

- › Incrementar el tiempo de la evaluación cuando sea necesario. La lectura y escritura en formato Braille o en macrotipo, al igual que la realizada mediante un software lector de pantallas, le demanda a el/la estudiante más tiempo y esfuerzo.

- › Cuando la evaluación se realice con una máquina de escribir Braille, utilice otra aula para que el ruido no distraiga al resto de estudiantes.

- › Si el/la estudiante va a realizar la evaluación en una PC o notebook con lector de pantallas, entregarle el parcial adaptado en un pen drive,

- › Una vez resuelto lo deberá volver a cargar en el dispositivo y entregar a el/la docente para su corrección.

► RECOMENDACIONES FINALES PARA EL/LA PROFESOR/A

- Establezca comunicación con el/la estudiante para evitar dificultades específicas en el aprendizaje y promover una metodología adecuada en el aula que favorezca su integración en la dinámica de la clase. Esta relación le permitirá la adaptación gradual frente a la nueva situación (Grzona, 2014).

- Cuando para la clase utilice presentaciones de Power Point, videos, etc., es necesario que realice una descripción verbal de las mismas.

- Cuando utilice el pizarrón, repita en voz alta lo que está escribiendo o mostrando, utilizando lenguaje descriptivo.

CONSIDERACIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE ESTUDIANTES CON DISMINUCIÓN O PÉRDIDA AUDITIVA

Seguramente en varias ocasiones y por diversas razones, nos hemos preguntado si las personas sordas pueden acceder a la Educación Superior, a la Universidad. ¿Pueden...?

Antes de empezar a hacer aproximaciones que nos den posibles respuestas a esta simple y aparentemente sencilla pregunta, resulta necesario contextualizar desde dónde se pretende analizar la situación.

Es imprescindible definir qué entendemos por persona sorda, comunidad sorda, lengua de señas, lengua natural – lengua materna, lengua extranjera – segunda lengua – otras lenguas.

Algunos conceptos importantes

Desde un paradigma médico, hablar de Persona sorda es centrarnos en el déficit, en la falta o falla auditiva, en la disminución o pérdida de la capacidad de escucha ocasionada por determinada patología del oído. Este paradigma estuvo vigente hasta la declaración de la **Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad** (aprobado en la ONU el 13 de diciembre de 2006) y aún persiste en muchos ámbitos.

Cabe aclarar que nuestro país adhirió a la Convención y posteriormente, en mayo de 2008, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionaron con fuerza de ley N° 26.378 dicha Convención y la promulgan en junio de 2008. Dicha ley reconoce a la discapacidad como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Esta Convención da inicio a una nueva mirada que se conoce como el **paradigma social de la discapacidad** donde el foco se hace en la persona, como sujeto de derecho; donde la discapacidad es una condición y es el medio, el contexto social, quien pone las barreras para que esta persona pueda participar en todos los ámbitos sociales “en igualdad de condiciones” con las demás personas.



Desde esta perspectiva nombro persona sorda, sordo o sorda, de manera general, sin tener en cuenta cuál es el nivel de pérdida de audición que indican estudios médicos sino poniendo el eje en las barreras, fundamentalmente comunicativas, que esa persona puede encontrar en los diferentes ámbitos sociales (educativo, cultural, recreativo, jurídico, médico-sanitario, etc.)

En lo que se refiere a la comunicación, resulta necesario hablar de lenguaje. En efecto, como ya han manifestado muchos/as investigadores/as, “donde haya seres humanos, habrá lenguaje”; donde haya dos o más personas, existirá alguna manera de comunicación. Subrayamos la frase “alguna manera de comunicación” porque la gran mayoría de las investigaciones en el mundo en relación a esta temática, se refieren a lenguas orales.

Por todo lo antedicho, vamos a hablar de que los/las sordos/as han desarrollado una lengua que no es oral, la lengua de señas. “Hablan” aunque para hacerlo no utilicen el aparato fonador. Es, según Saussure, la puesta en funcionamiento del sistema lingüístico. Esta es la razón por la que términos como “sordomudo” o “mudo” no resultan aceptables. En segundo lugar es necesario distinguir términos lenguaje y lengua. En su curso de Lingüística General, Saussure, define a la lengua como “una parte del lenguaje aunque esencial”. El lenguaje es una facultad humana y la lengua, un conjunto de convenciones necesarias adop-

tadas por el cuerpo social para permitir el uso de esa facultad de las personas.

Como cita la Lic. Mayra Roso, docente de la U.N.V.M., cuando se trata de las lenguas habladas por las diversas comunidades sordas que habitan nuestro planeta, las cosas no parecen estar tan claras. Por lo tanto, vamos a hablar de lengua de señas (y no, de lenguaje de señas).



Mitos que giran alrededor de la sordera y de las lenguas a ella asociadas.

Para poder dar respuesta a los interrogantes que surgen en torno a la entidad lingüística de la lengua de señas es necesario, antes que nada, derribar algunos MITOS.

► **La lengua de señas es universal.** Esta creencia se relaciona con el hecho de considerarlas pantomimas, extremadamente icónicas y concretas. De la misma manera que no existe una lengua oral universalmente hablada y los intentos por crearla fracasaron, no está de más aclarar que hay tantas lenguas de señas como comunidades sordas en el mundo y que, dentro de una misma lengua de señas, es posible identificar variedades que corresponden a factores etarios, sociales, regionales, etc.

► **La lengua de señas es icónica.** Entendemos por iconicidad a la relación que existe entre la forma de la seña y el objeto o acción que esta representa. Es necesario afirmar que las señas son arbitrarias ya que las distintas lenguas, realizan sus unidades de diversos modos. Además, la velocidad de los movimientos que se dan en una conversación, no permiten ver exactamente dónde termina una seña y dónde comienza la próxima. Tal como sostiene Massone y Machado (investigadoras de la LSA) “si las señas fueran realmente icónicas, las personas oyentes serían capaces de entender las conversaciones de los/las sordos/as con una mínima instrucción en lengua de señas”. Y sabemos que esto no es así.

► **Las lenguas de señas son incapaces de manejar ideas abstractas.** Esto constituye un prejuicio lingüístico que se vincular con la idea de que las lenguas de las sociedades menos desarrolladas, son más primitivas y concretas que las de las sociedades desarrolladas (desde un punto de vista occidental se legitima el poder de las lenguas de los países dominantes. Toda lengua es igualmente compleja y permite comunicación y expresión de las ideas de la comunidad que la usa.

► **Las lenguas de señas son un sistema subsidiario de las lenguas orales.** Este mito implica pensar que a cada palabra corresponde una seña y que además, carece de una gramática propia. Esto implica desconocer el propio orden sintáctico de las lenguas de señas, considerarlas agramaticales y, por lo tanto, susceptibles de una adaptación a la estructura de la lengua oral mayoritaria.

► **Si un/a niño/a sordo/a aprende lengua de señas, se le va a dificultar aprender la lengua oral del país donde reside.** El argumento está desestimado empíricamente por los tantos ejemplos de niños/as que crecen en familias y/o comunidades bi o multilingües. Pensemos en niños/as oyentes cuyos padres tienen como primeras lenguas, dos que son diferentes. Cada uno le habla de manera espontánea en la suya, de manera natural. El/la niño/a se apropia de ambas sin necesidad de mediar ninguna acción pedagógica específica. De igual manera, quienes estamos leyendo esto, fuimos atravesando etapas en la apropiación de nuestra propia lengua.

La lengua de señas

Es la lengua natural de las personas sordas, se apropian de la misma con el simple intercambio lingüístico con pares. Por otra parte, para aprender la lengua oral mayoritaria, es necesario contar con mecanismos pedagógicos específicos. De la misma manera que para nosotros/as, hablantes nativos del Español-Argentino, se necesitaron y se hicieron uso de los mismos para enseñarnos y aprender otra lengua como el Inglés, Francés, la Lengua de Señas Argentina, etc., como segunda lengua.

Las lenguas de señas son definidas como "(...) sistemas verbales cuyos significantes se organizan en una materialidad viso- espacial, por oposición a la lengua oral cuya materialidad es acústica. Lo verbal supone un sistema, propio de la especie humana, compuesto por unidades discretas, arbitrarias, doblemente articuladas, que permiten la creatividad y un metalenguaje. La utilización de la lengua de señas convierte a la comunidad sorda en una comunidad lingüística con una cultura propia."

Sin embargo, lamentablemente esta visión sólo se da hacia adentro de la comunidad. Desde el afuera, los/las sordos/as constituyen un grupo estigmatizado, marginal y deficitario-que requiere de una educación especial cuya obligación es borrar las diferencias existentes entre ellos y la comunidad oyente (Massone y Machado, 1994). Considerar que, como condición para comunicarse mediante el habla las personas necesitan de una lengua oral no sólo implica desconocer el instrumento de comunicación y expresión más importante que poseen

las diferentes comunidades sordas que habitan el planeta, sino también reducir las insospechadas formas en que la capacidad lingüística se manifiesta en el ser humano. Los/las sordos/as han desarrollado una lengua que no es oral, la lengua de señas y entonces hablan, aunque para hacerlo no utilicen el aparato fonador.

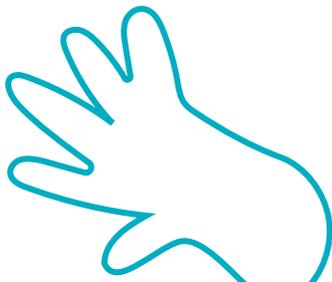
Otra aclaración necesaria resulta de la idea de que todos/as los/las sordos/as pueden comunicarse oralmente o, por el contrario, que todas las personas sordas son hablantes de una lengua de señas. La diversidad humana es perfectamente identificada en cualquier comunidad y la comunidad sorda, no constituye ninguna excepción. En este sentido, las personas sordas, dependiendo de múltiples factores (familiares, educativos, culturales, geográficos, históricos) necesitan comunicarse como parte de su propia condición humana. Estos factores pueden llevar a que una persona que nace, o se queda sorda tempranamente se comunique de manera casi exclusiva con una lengua oral o de señas o sea bilingüe.

Estas aclaraciones son necesarias ya que es muy común que se crea que cualquier persona sorda, puede comunicarse mediante una lengua oral haciendo lectura labial y emitiendo sonidos ya que su aparato fonador no presenta "fallas" (déficit).

Las configuraciones de apoyo para el caso de estudiantes sordos/as, pueden incluir la presencia de un/una Intérprete de Lengua de Señas Argentina –Español (en adelante, ILSA-E), uso de material visual, evaluaciones escritas, con los mismos objetivos y contenidos, entre otros.

ESTRATEGIAS DE APOYO ACADÉMICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.

En este apartado ofrecemos **critérios generales para el apoyo académico** de estudiantes con disminución o pérdida auditiva. Constituyen orientaciones para la acción que nos facilitan pensar configuraciones de apoyo para cada uno/a de ellos/as y el trabajo cotidiano en el aula



Cuando recibimos a una persona sorda es menester inicialmente, formularnos algunas preguntas:

¿Cómo se comunica naturalmente este/a estudiante?, Su hipoacusia o sordera ¿es de larga o corta data? ¿Adquirida, congénita? ¿Progresiva, estable, recuperable? ¿El/la estudiante ha logrado una oralidad convencional, y así es la estructura comprensiva con la que se vincula hoy? ¿Qué ocurrirá con la comprensión de contenidos simbólica y conceptualmente nuevos? ¿Es usuaria de la LSA o se comunica principalmente de manera oral?, ¿Posee nivel de lectura comprensible?, ¿Produce textos escritos aunque sean breves?, ¿Hay ILSA-E en el aula?, ¿Cuál es el rol del/la ILSA-E?

Sea cual sea la forma en que este/a estudiante se comunique preferentemente, las personas sordas son “culturalmente visuales”. ¿Qué significa esto? **Toda la información que ofrecemos debe ser visual** (o tener soporte visual lo suficientemente claro y completo para que la información llegue en igualdad de condiciones que para el resto de los y las estudiantes). Ejemplos: En las clases podemos usar láminas, gráficos, proyecciones, videos, etc. (con o sin texto escrito), para ejemplificar, aclarar, visualizar la situación, tema o contenido a desarrollar.

Debemos **evitar hablar en el mismo momento que escribamos en el pizarrón**, ya que de espaldas, la persona sorda no puede mirarnos la cara, visualizar nuestros gestos, hacer lectura labial, etc.

Evitar comentarios referidos a el o la estudiante con el o la ILSA-E.

Cuando es necesario conversar con un o una estudiante sordo/a, **siempre debo mirarlo/a mientras le hablo** aunque él o ella miren al ILSA-E. Debemos tener presente que el campo visual de las personas sordas es mucho más amplio que el que tenemos las personas oyentes y pueden estar mirando simultáneamente a ambos.

Propiciar el **uso de celulares para grabar clases**, filmando a el o la ILSA-E. Esta acción es compatible con la toma de apuntes o la grabación de audios de lo que los/las docentes y/o compañeros/as dicen en clase. Con este material, los/las estudiantes sordos/as, tienen a su alcance el material trabajado de manera presencial como complementario de la bibliografía sugerida por el equipo docente de las diferentes cátedras.

En todos los casos, **es imprescindible garantizar una correcta iluminación**. En el caso de que necesitemos oscurecer el aula para una proyección por ejemplo, debemos repensar esa estrategia. Puede ser que resulte beneficioso si sólo se observan imágenes o si hay diálogos. **Debemos subtítular y/o anticipar lo que se va a decir**, de lo contrario lejos de favorecer resultará inconducente.

Al pensar en la posible pertinencia de la incorporación de un/una ILSA-E en una Universidad, imaginamos la posibilidad de que se eliminen todas las barreras de comunicación con las que se encuentran tanto las personas sordas que manejan Lengua de señas como las oyentes. Serían facilitadores para el acceso a la información en LSA, pudiendo ofrecer a la persona sorda con LSA lo necesario para formarse un criterio en el campo de conocimiento que lo

requiera. El ILSA-E es un/una profesional cuyo campo es cualquier ámbito de la sociedad en que se requiera mediar (lingüística y culturalmente) para lograr una comunicación eficaz. Los ILSA-E podrían ocupar lugar en una institución de manera temporaria dada su formación específica para el procesamiento lingüístico y cultural de la información.

Dice Rosana Famularo en su libro Despejar X: “El intérprete tiene que encontrar en las unidades de traducción, el sentido y la intención del orador o de la oradora, descubrir los implícitos del mensaje y reformularlos con adecuación, gramatical y culturalmente, para los/las destinatarios/as de la lengua meta, según el encargo de traducción solicitado.” Hallar en la lengua fuente, unidades de sentido, intenciones, descubrir implícitos, reformularlos de manera adecuada lingüística y culturalmente en la lengua meta.

Si nos encontramos en el aula con un o una estudiante sordo/a, y su comunicación es en LSA y hay ILSA-E, es fundamental **anticipar con el Intérprete los temas a trabajar**. Es responsabilidad del/la ILSA-E hacer las consultas pertinentes para comprender cabalmente la temática a desarrollar para lograr una interpretación eficaz. Como mencionamos anteriormente, un/una ILSA-E no es conocedor de todos los campos de conocimiento y requiere de preparación previa, consultas (tanto con el o la docente así como con material bibliográfico) anticipadamente para lograr interpretaciones de calidad, garantizando que el mensaje vertido en la lengua fuente (ya sea Español o LSA) se produce con el mismo sentido en la lengua meta (Español o LSA).

Es necesario tener en claro que todo lo que se

diga o se escriba, el/la ILSA-E lo interpretará en LSA.

Las preguntas, respuestas, opiniones que el o la estudiante diga en LSA, serán interpretadas en Español para que el o la docente y/o compañeros/as. Este punto resulta muy importante aclararlo porque para que la comunicación realmente resulte eficaz, deben poder comprenderse entre las partes que participan. El o la estudiante sordo/a, tiene el mismo derecho que sus compañeros/as oyentes a preguntar, opinar, discernir, acotar, etc. y los/las ILSA-E deben garantizar que su intervención sea compartida con las personas oyentes que están presentes (ya sea una clase, un Trabajo Práctico, un Parcial, un Examen Final).

Un ILSA-E es un/a profesional cuya función es la de ser mediador/a lingüístico en una situación determinada. Nunca debemos dirigirnos a ellos/as para preguntar cuestiones que se refieren directamente a la condición de estudiante de la persona sorda. Por ejemplo: “¿Leyó el material?” “¿Entendió?” “Decile que preste atención”, etc.

Las producciones escritas, pueden llegar a requerir de una interpretación/traducción. En este punto resulta necesario poder aclarar que los términos “interpretación” y “traducción”, aunque sean utilizados de manera indistinta, no son sinónimos:

- La interpretación, tanto entre lenguas orales como entre una lengua oral y una lengua de señas, se refiere a textos o enunciados orales o señados. El/la Intérprete siempre actúa en presencia de los/las participantes de la interacción comunicativa y emite el mensaje al mismo tiempo que el emisor o inmediatamente

después. Es una parte activa de una ponencia, clase, diálogo, etc. para un/una destinatario/a presentes en los/las que puede evaluar reacciones y respuestas.

- En la traducción, por otra parte, el mensaje que es objeto de análisis y que posteriormente será vertido en otra lengua, se encuentra en un formato permanente, estático, fijo en el tiempo. Existen traducciones de textos escritos de lenguas orales pero también existen traducciones de videos grabados en lenguas de señas y luego del proceso de traducción, escritos en una lengua oral.

Debido a la permanencia en el tiempo de los textos originales, el/la profesional puede conocerlo completo antes de realizar su trabajo, extraer el sentido general de lo expresado, estudiar y analizar detenidamente el o los sentidos en que dicho texto fue producido.

Resultado importante aclarar que las traducciones que puede realizar un/una ILSA-E, también constituyen un recurso al momento de evaluar a un/una estudiante sordo/a con, por ejemplo, una instancia evaluativa domiciliaria o una producción “escrita”.

Si el/la estudiante se comunica usando español oral, debemos garantizar la posibilidad de que se den las condiciones necesarias para que haga lectura labial, tanto de la o el docente como de sus compañeros/as.

En este sentido, resulta necesario establecer turnos en la comunicación y garantizar que el o la estudiante sordo/a, sepa, en cada caso, quién va a hablar (levantando la mano por ejemplo) para poder ubicarse de manera tal que pueda hacer una buena lectura labial

Los/las estudiantes sordos/as, forman parte de los grupos que en cada cátedra se constituyen. Y, como en todos los casos, los/las compañeros/as también cumplen un rol importante. Cuando tenemos uno/a o más estudiantes sordos/as en una materia, resulta interesante que todos/as conozcan las formas de interactuar con ellos/as y favorecer el intercambio en trabajos grupales, grupos de estudio, acciones colaborativas como habitualmente los/las docentes deberíamos hacer, tutorías con estudiantes avanzados de la misma carrera y todas las acciones que forman parte del desarrollo cotidiano de una materia y programas que cada Universidad puede implementar.

Los/las estudiantes no sólo se comunican en el ámbito reducido de un aula. Por este motivo, si en nuestra Universidad hay estudiantes sordos/as, es de suma importancia que los/las docentes (en cualquier función que se desempeñen), también tengan en cuenta algunas pautas generales que garanticen una comunicación eficaz.



A modo de síntesis, por todo lo antedicho se hace imprescindible pensar como Universidad Pública qué dispositivos institucionales podemos construir y desplegar para garantizar de manera efectiva el derecho a la educación superior en condiciones de respeto y equidad.

En este sentido resulta importante y necesario revisar qué características tiene hoy la comunicación tanto con nuestros/as estudiantes como con las personas con discapacidad que aún no ingresaron y desean hacerlo

Así mismo debemos tener presente que la formación de perspectivas inclusivas es un objetivo que debe plantearse hacia toda la comunidad académica: autoridades, docentes, estudiantes y no docentes. La generalización de este posicionamiento ético- político permitirá también incidir en quienes diseñan políticas públicas.

Si todos los que hacemos la Universidad Pública pensamos que un/una estudiante no va a poder aprender, estamos declarando nuestra incapacidad para lograrlo. No podemos sostener esa derrota ni ampararnos en la masividad de los prejuicios, debemos construir nuevas lógicas y repensar nuestra tarea diaria en favor de una universidad cada día más inclusiva.

No seamos nosotros mismos barreras para que las personas con discapacidad ingresen, transiten y se gradúen en las Universidades.

¡Hay mucho por hacer, comprometámonos conjuntamente para lograrlo!



BIBLIOGRAFÍA

- FAMULARO ROSANA (2012) – Despejar X. Interpretación en Lengua de Señas y en Lengua Oral. Montevideo, Uruguay – Tecnicatura Universitaria de Interpretación en Lengua de Señas Uruguay - Facultad de Humanidades y Educación Universidad de la República.
- ASTRADA LAURA, ALBOR ANDREA, EZAGUI ANAHÍ (2016) –INADI – Buenas prácticas para la interpretación en Lengua de Señas Argentina en medios de comunicación audiovisual.
- DE LOS SANTOS E., BURGOS M. (2001) – Técnicas de Interpretación en Lengua de Signos - Madrid, España – Fundación CNSE. Ley N° 26.378 – Derechos de las personas con discapacidad.
- PELUSO, L (2010). Sordos y oyentes en un liceo común. Identidad, relaciones interculturales y lengua. Montevideo. Psicolibros.
- ROSO, M. (2013). La lingüística y las lenguas de señas: un abordaje epistemológico. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional de Córdoba.
- Ley N° 26.378- Derechos de las personas con Discapacidad
- Unesco (2004). Temario Abierto sobre Educación Inclusiva
- Unesco (2008). Educación Inclusiva. En Revista Triestral de Educación Comparada.



UNPAZ

Universidad Nacional de José C. Paz