

El paradigma biopsicosocial en el contexto de la escuela inclusiva

CON EL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD

SOFÍA RODRÍGUEZ URIBES

1. BASES Y FUNDAMENTOS DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA ESCUELA INCLUSIVA

En los últimos cuarenta años se han producido cambios importantes que han llevado a una transformación del modelo de intervención con los niños con diversidad funcional, entendido como el conjunto de principios que servirán de esquema referencial y guiarán nuestra práctica profesional.

Una de las principales razones que ha llevado a dicha transformación son los cambios producidos en torno al concepto de discapacidad. *“La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo (...) Desde las visiones animistas de la discapacidad (la discapacidad era un castigo divino o la persona con discapacidad estaba endemoniada) hasta la actual perspectiva que se vive en los países de nuestro entorno de considerarla dentro de los conceptos de salud, han pasado años y un duro devenir con continuas reconducciones hacia lo que debería ser una visión «neutra» o, mejor aún, «positiva» de los conceptos utilizados en el campo de la discapacidad” Egea, C y Sarabia, A. (2001).* El propio concepto de discapacidad, la visión que la sociedad tiene de las personas con discapacidad, la terminología para referirse a la discapacidad y el modelo desde el que se aborda la discapacidad no ha sido siempre el mismo. Los diferentes modelos, como el modelo clínico de Nagi (1976-91), e intentos de la OMS para unificar criterios en torno a la discapacidad, como la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980), culminan con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF-2001) y, su versión para la infancia y la adolescencia (CIF-IA, 2007). En la actualidad, la CIF-2001 y la CIF-IA representan el marco referencial, nacional e internacional, en relación con el abordaje de las personas con discapacidad. La CIF-2001 y CIF-IA nos ofrece: 1) Un LENGUAJE UNIVERSAL común para referirnos a la discapacidad en cualquier ámbito profesional (sanitario, educativo o social), disciplina o país, 2) Una HERRAMIENTA DE CLASIFICACIÓN que nos permite conocer el impacto que tiene el déficit de las Funciones y Estructuras Corporales en la vida diaria de una persona, 3) Un SISTEMA DE CODIFICACIÓN sobre estados de salud y discapacidad que nos va a permitir comparar datos

entre diferentes países, servicios, disciplinas... y,4) De las 1685 categorías que contiene la CIF, nos da la posibilidad de confeccionar listas de categorías resumidas para elaborar **el perfil de funcionamiento** de un individuo según las características de la población a la que pertenece (pc, autismo, cáncer, dolor crónico, ACV...), denominadas CONJUNTOS BÁSICOS o CORE-SET (<https://icf-core-sets.org/es/page0.php>).

La CIF-2001, nos presenta una estructura no lineal e interactiva, entre todos sus componentes que dará como resultado **el perfil de funcionamiento** de un individuo, en un entorno concreto, en el momento de la valoración. Para la CIF-2001, **la discapacidad NO es algo estático inherente al individuo**, o consecuencia exclusiva de la deficiencia de los sistemas o estructuras corporales. La discapacidad es algo cambiante, ligado a la actividad y determinado en gran medida por el **entorno**. La CIF-2001, no habla solo de discapacidad, sino del nivel de funcionamiento/discapacidad de un individuo. La CIF-2001, añade el componente *Actividad y Participación* a la Clasificación, dándole un sitio principal dentro de su estructura interactiva, resaltando la importancia de la **participación**, así como de las **capacidades y fortalezas** del individuo, para quitar el foco exclusivamente de los déficits o deficiencias en las *Funciones y Estructuras corporales*. En esta estructura interactiva, la CIF-2001 también incluye los Factores Contextuales (F. Ambientales y F. Personales) en la estructura interactiva, resaltando la importancia del **entorno físico, social y actitudinal** en el resultado final del perfil de funcionamiento del individuo en un contexto concreto, ya que puede funcionar como un elemento **FACILITADOR** o regulador del funcionamiento de los sistemas corporales o, por el contrario, comportarse como no regulador e incluso como **BARRERA** del nivel de desempeño e implicación. La CIF-2001 carga de responsabilidad al entorno próximo del individuo, tanto en la identificación de las barreras, como en la toma de medidas para eliminarlas.

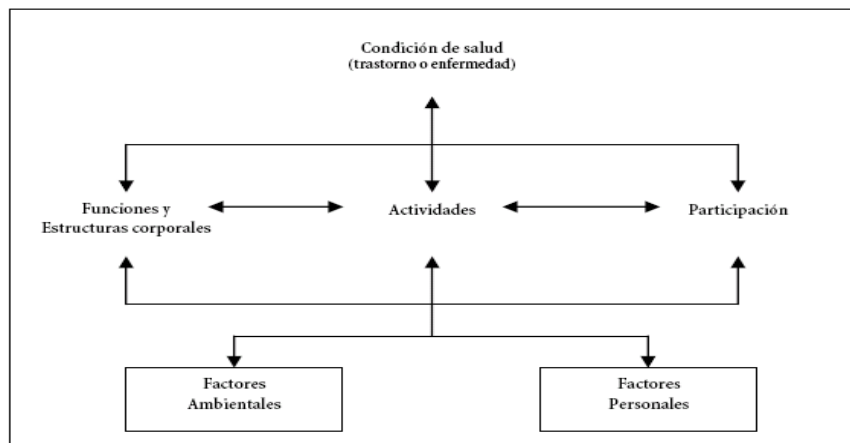


Fig. 1: Interacciones entre los componentes de la CIF (CIF-2001)

En segundo lugar, los cambios sociales acontecidos en relación con el concepto de discapacidad tienen su reflejo en la legislación y normativa española, incluidas las leyes de educación y, como resultado, en las diferentes políticas educativas para dar respuesta a la diversidad e individualidad del alumnado escolarizado. Dichas políticas no han sido siempre las mismas y, a este respecto, el profesor Miguel Ángel Verdugo, en su ponencia “De la Segregación a la Inclusión educativa” decía lo siguiente (Avilés, oct.2003);” *Los principios y directrices de actuación en el mundo de la discapacidad han seguido una evolución claramente positiva en las últimas décadas, apostando cada vez más por unas metas similares a las del resto de las personas. De la desatención y marginación iniciales se pasó a la Educación Especial, y vista la segregación que ésta generaba se pasó a la Normalización e Integración de las personas en el ambiente menos restrictivo, lo que finalmente dio lugar a la Inclusión educativa, laboral y social de los individuos basada en las modificaciones ambientales”.*

El enfoque de las políticas dirigidas a la educación de las personas con discapacidad requiere grandes cambios para adaptarlas al derecho a la **inclusión educativa** que todos los niños tienen y, que fue reconocido por la UNESCO en la Convención Internacional

de Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad (2006), y ratificado por el Reino de España (2008). La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO 2006), define la educación inclusiva como: *“El derecho de todos los alumnos a recibir una educación de calidad que satisfaga sus necesidades básicas de aprendizaje y enriquezca sus vidas”*. Además, sobre la inclusión educativa, nos dice que *debe caracterizarse por prestar especial atención a los grupos marginales y vulnerables con una voluntad integradora, buscando la máxima calidad y el desarrollo del máximo potencial de cada persona*, enumerando seis grupos principales, entre los que se encuentran los niños que presentan discapacidad. Los profesores Gerardo Echeita y Mel Ainscow, referentes necesarios en esta cuestión, en relación con la inclusión educativa, nos dicen que es un proceso en el que **estamos implicados TODOS**, y que se caracteriza por la búsqueda de **la PRESENCIA, la PARTICIPACIÓN y el ÉXITO** de todos y cada uno de los estudiantes y que este proceso precisa **la identificación y eliminación de BARRERAS al APRENDIZAJE y la PARTICIPACIÓN**. Aunque también nos dicen que los avances en esta dirección no serán consistentes ni esperanzadores si no se llevan a cabo urgentemente cambios educativos y reformas sistémicas en asuntos clave como el currículo, la formación y los roles y propósitos del profesorado y del resto de profesionales que trabajan en el sistema educativo (Echeita, G., Ainscow M. 2011).

Finalmente, en las últimas décadas, son numerosas y valiosas las aportaciones de la neurociencia en relación con el aprendizaje, incluido el **aprendizaje motor**, definido como *“el conjunto de procesos asociados con la práctica y la experiencia que provoca cambios permanentes en la capacidad para realizar actividades motoras de forma habilidosa. El aprendizaje no se puede medir directamente, sino que es inferido a través de la observación de la conducta”* (Schmidt & RA Lee, 2011). La evidencia científica de **estrategias de aprendizaje que favorecen la neuroplasticidad cerebral** -entendida como la activación de estructuras cerebrales funcionales y circuitos neuronales implicados, así como, *“la propiedad del sistema nervioso de modificar su funcionamiento y reorganizarse en compensación ante cambios ambientales o lesiones”* (Castaño, 2002), están dando paso a la implantación de **prácticas de intervención basadas en la evidencia científica (PBE)** que están revolucionando la praxis de los fisioterapeutas, pero

también de los profesionales de educación. Dentro de las **estrategias de aprendizaje basadas en evidencia** podemos destacar en primer lugar, la importancia que la neurociencia da a **la motivación e implicación** del individuo en el aprendizaje para despertar y mantener la **atención**, así como a la necesidad de un **entrenamiento repetitivo** de la actividad o tarea: *“Tanto la inteligencia generadora o computacional como la inteligencia ejecutiva aprenden asimilando automatismos y hábitos que construyen las redes neuronales de las que proceden. Todos somos escultores de nuestro propio cerebro. El entrenamiento (intelectual, afectivo y ejecutivo) es necesario para conseguirlo”* (Marina, 2012). El aprendizaje se infiere a través de la observación de la conducta, es decir, de las capacidades o del desempeño, pero además tenemos otros parámetros para medirlo, como la **transferencia o generalización** de los aprendizajes a la vida real, así como por **la permanencia en el tiempo** de dichos aprendizajes. La neurociencia nos dice que para que podamos llegar a conseguir que un aprendizaje sea permanente y se transfiera y generalice a todos los entornos, además del *entrenamiento intensivo en entornos controlados*, ya sea inicialmente de *partes de la tarea* y después de la *tarea completa*, necesitaremos promover prácticas en **contextos variables y de manera aleatoria**. A este respecto, el **entorno natural** del individuo nos ofrece muchas y diferentes oportunidades de aprendizaje a través del desempeño de las tareas o **rutinas significativas y relevantes** para el día a día del individuo y, por tanto, motivantes, porque *«Las personas prefieren comprometerse con material que es relevante a sus vidas y aprenden mejor cuando el aprendizaje se da en el contexto de la vida real y este responde a sus necesidades»* (Dunst & Trivette, 2009). Por otra parte, numerosas investigaciones han vinculado el uso de la **práctica centrada en la familia**, con resultados positivos para el niño con discapacidad y su familia (Dunst & Trivette, 2004; King, King, Rosenbaum & Goffin, 1999; Trivette, Dunst, Boyd & Hamby, 1995; Trivette, Dunst, Boyd & Hamby, 1996; Wilson, 2005). Podemos resumir las prácticas centradas en la familia como aquellas que aprovechan y resaltan las fortalezas de cada una de ellas, sin juzgarlas, involucrándolas en el proceso de intervención, a través de la capacitación de las mismas y diseñando una intervención conjunta según sus preferencias, estilo de vida y necesidades.

2. EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA ESCUELA INCLUSIVA

Los grandes cambios acontecidos en torno al concepto de discapacidad, así como las aportaciones de la neurociencia en relación a la plasticidad cerebral y el aprendizaje, y la práctica basada en la evidencia científica, nos llevan a conformar un nuevo modelo de intervención con los niños y jóvenes con discapacidad y sus familias que requiere abandonar el modelo biomédico propio de ámbitos clínicos o sanitarios, para abrazar un único modelo biopsicosocial en todos ellos: sanitario, educativo y social. Un modelo de intervención desarrollado en el *entorno natural* del individuo a través del *desempeño e implicación* (participación) en las *tareas o rutinas funcionales* cotidianas, **significativas y relevantes** para su día a día; donde *el entorno físico, actitudinal y social* cobra una gran importancia en el resultado final del perfil de funcionamiento del individuo.

La intervención temprana con los niños con trastornos del desarrollo y sus familias ya está poniendo en práctica dicho modelo. En el ámbito educativo, junto a la introducción de prácticas inclusivas, nos encontramos en un período de transformación para dar continuidad en el contexto de la escuela, al modelo de intervención naturalista y basado en rutinas, iniciado en la intervención temprana. En la actualidad, la escuela, con sus profesionales, se encuentra ante el reto de aunar el paradigma biopsicosocial de la CIF-IA con el alumnado con discapacidad, las prácticas respaldadas por la neurociencia y evidencia científica, así como la búsqueda de una escuela inclusiva que garanticen el derecho a una educación de calidad para todos. Puede parecer un gran reto, y lo es, pero tenemos a nuestro favor que existen grandes puntos de confluencia entre las prácticas inclusivas, el paradigma biopsicosocial de la CIF-IA y el modelo de intervención naturalista y desarrollado a través de las rutinas diarias respaldado por la neurociencia. *“El modelo social de la discapacidad, que incorpora la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es asumido por la educación inclusiva, cambiando el eje de la atención al contexto social que rodea a la persona y de qué manera éste contribuye a su exclusión de la plena participación” (Parra Dussan, C. 2010)*”. Estas confluencias las podemos resumir en lo siguiente:

- La importancia de la **participación o implicación** del alumno y la familia en el propio proceso de intervención e inclusión educativa,
- El peso que el **entorno físico, actitudinal y social** ejerce sobre el nivel de funcionamiento/discapacidad, y su efecto sobre la inclusión educativa del alumno; resaltando la necesidad de **identificar y eliminar aquellos elementos del entorno que están funcionando como barreras de acceso a la participación y al aprendizaje**, para hacer de la escuela un entorno de aprendizaje accesible para todos.

CON EL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD, para poder avanzar en este camino, la escuela tiene que acometer cambios importantes en torno a los siguientes puntos clave:

1. Añadir una **valoración funcional** a los diferentes procesos de valoración que se producen en el contexto educativo: *“En entornos de inclusión educativa, la dimensión clínica que aportan el diagnóstico médico o el coeficiente de inteligencia resulta necesaria pero no suficiente. Es imprescindible añadir una **evaluación funcional** que tome en consideraciones todas las posibilidades que brinda la habilitación del entorno. La evaluación no debe centrarse tanto en el déficit como en las necesidades y posibilidades del alumno. Además, para iniciar la intervención no es imprescindible disponer de diagnóstico”* Rosell, C. Soro-Camats, E., Basil, C., 2010. La elaboración del perfil de funcionamiento del alumno en el contexto escolar implica la utilización de nuevas herramientas de valoración que nos ofrezcan información cualitativa y cuantitativa acerca de las capacidades, desempeño e implicación del alumno en relación a las actividades, tareas y rutinas formales y no formales que comprenden la jornada escolar del alumno, así como la influencia del entorno de la escuela para identificar: 1) Las

FORTALEZAS y POTENCIALIDADES del alumno, y 2) Aquellos elementos que están funcionando como facilitadores o como barreras al aprendizaje y la participación.

2. Cambios en la respuesta. En la escuela inclusiva, la respuesta debe incluir actuaciones dirigidas al entorno de la escuela, contemplando medidas dirigidas a la accesibilidad y universalidad del entorno físico y del aprendizaje, así como a la participación tanto en las actividades formales como no formales de la jornada escolar del alumno. En relación con la respuesta, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su Art. 2º, inciso 4º, dice que *“Cuando se hayan puesto en funcionamiento todas las estrategias posibles en pro de la accesibilidad y universalidad del entorno y del aprendizaje para todo el alumnado escolarizado y aun así sean insuficientes para alguno de ellos, solo entonces se organizará una respuesta más individualizada que favorezca la participación de dichos alumnos en la vida escolar”*.

3. Cambios de los criterios en la organización de la respuesta. El paradigma biopsicosocial, en el contexto de la escuela inclusiva, nos empuja a dejar atrás criterios biomédicos en torno al diagnóstico o a los resultados de herramientas de valoración normoreferenciadas con respecto áreas o ámbitos de desarrollo, para adoptar unos criterios funcionales que nos ofrezcan información acerca del nivel desempeño (**independencia**) e implicación (**participación**) del alumno con discapacidad en las actividades, tareas y rutinas formales, y no formales, que comprenden la jornada escolar, y nos permitan organizar una respuesta dirigida a favorecer la independencia y participación del alumno en la vida escolar como pilares de su inclusión educativa.

4. Cambios en la intervención. Los profesionales implicados en la intervención con el alumno con discapacidad en la escuela tienen que abandonar las intervenciones “parceladas” para organizar un único PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTO en

torno objetivos de equipo, de carácter funcional y de participación que hagan de nexo de unión de todas las intervenciones, integrando en una única programación las programaciones específicas de cada profesional, para abordar las tres dimensiones alumno-tarea-entorno. El Plan de Intervención Conjunto con el alumnado con discapacidad en la escuela, tiene que contemplar prácticas dirigidas a favorecer : 1) La consecución del mayor nivel de **independencia o autonomía** posible en el desempeño de las actividades, tareas y rutinas que comprenden su jornada escolar, 2) Favorecer la **implicación o participación** del alumno en la vida escolar, y 3) El desarrollo, en edades tempranas, de habilidades sociales y **relaciones interpersonales**, 4) **Eliminación de las barreras de acceso al aprendizaje y participación** identificadas en la valoración funcional, para hacer de la escuela un entorno accesible para el alumnado con discapacidad, 5) **La capacitación interprofesional y de la familia** en el manejo de todos los ámbitos de intervención.

5. Cambios en la organización como equipo. La puesta en práctica de los cuatro puntos anteriores implica, necesariamente, abandonar la organización multidisciplinar para pasar a un trabajo **inter/transdisciplinar** de los profesionales de educación implicados tanto en los procesos de valoración, como en el diseño y puesta en práctica de la intervención. El trabajo inter/transdisciplinar de los profesionales implicados *“necesita un tipo de colaboración SINÉRGICA, de manera que la labor realizada por cada uno suponga un valor añadido al trabajo realizado por el resto, donde el resultado final sea más que la suma de las partes” (Mora Pina S., 2011).*

6. Cambios en los roles de los profesionales. Para llevar a cabo el modelo biopsicosocial en la escuela inclusiva, se requieren cambios importantes en los roles de los profesionales docentes y no docentes que intervienen con el alumnado con discapacidad en el contexto de la escuela.

3. LA VALORACIÓN FUNCIONAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Desde un enfoque biopsicosocial que busca la inclusión educativa del alumno con discapacidad a través de prácticas que favorecen el **acceso al aprendizaje**, la **funcionalidad**, la **independencia** e **implicación** en las actividades formales y no formales de la jornada escolar, la **valoración funcional** es el primer paso del trabajo inter/transdisciplinar de los profesionales implicados, convirtiéndose en la llave e hilo conductor de todos los procesos de intervención con el alumnado con discapacidad en el ámbito educativo. La valoración funcional proporciona una visión global u holística del alumno en interacción con el entorno de la escuela, según las demandas de la jornada escolar, definiendo el **perfil de funcionamiento** en el contexto concreto de su escuela, en el momento de la valoración. Además, la valoración funcional nos permite identificar aquellos elementos del **entorno físico y actitudinal** de la escuela que están funcionando como **facilitadores** o como **barreras al aprendizaje y la participación**.

Para realizar la valoración funcional, seguiremos el marco referencial de la CIF-2001 y CIF-IA, es decir, sus componentes, categorías, estructura, sistema de codificación... La estructura interactiva que nos propone la CIF-2001 nos dice que tenemos que valorar todos sus componentes (Actividad y Participación, Funciones y Estructuras y Factores Contextuales), interrelacionándolos. No obstante, si seguimos el concepto de Conjunto básico o Core-set que nos ofrece la CIF-2001, no será necesario valorar todas las categorías de la CIF-IA, solo aquellas que dadas las características del alumno y del contexto, el conjunto de profesionales considere que son necesarias para conocer el perfil de funcionamiento en el contexto de su escuela.

La valoración funcional debe recoger información acerca del componente Actividad y Participación de la CIF, utilizando los calificadores **capacidad** (realización de las tareas en entorno uniforme o controlado de evaluación) y **desempeño** (realización de las tareas en el entorno real de la escuela), que nos propone la CIF. Además de la valoración de las capacidades y desempeño del alumno en la realización de las actividades formales y no formales de la jornada escolar, no podemos dejar de valorar la **participación**, es decir, cómo se involucra o implica el alumno en ellas.

La CIF nos dice que también tenemos que obtener información acerca del Funcionamiento de los Sistemas corporales y el estado de las Estructuras corporales, pero siempre relacionadas con el nivel de funcionamiento del alumno en las tareas escolares, es decir, qué influencia están ejerciendo en las capacidades y nivel de desempeño y participación, lo que nos ayudará a diseñar las estrategias metodológicas de los procesos de intervención.

Además, debemos tener en cuenta la influencia que los Factores Contextuales están ejerciendo en el nivel de desempeño y participación del alumno en la escuela, tanto los Factores Personales (carácter, autoestima, forma de enfrentarse a la discapacidad, motivación...), como los Factores Ambientales (entorno físico, social y actitudinal de la escuela), identificando aquellos elementos del entorno que están funcionando como facilitadores o como barreras.

La valoración del componente Actividad y Participación de la CIF-IA requiere la utilización de herramientas estandarizadas y validadas a la cultura y contexto español que valoren: CAPACIDAD, DESEMPEÑO e IMPLICACIÓN en el contexto escolar y que ofrezcan datos cualitativos y cuantitativos para organizar la intervención.

Las **herramientas cuantitativas que valoran desempeño y/o participación en el contexto escolar** ofrecen, a los profesionales de orientación educativa, datos cuantitativos que permiten definir criterios objetivos y equitativos, de carácter funcional y de participación, para la determinación de medidas inclusivas como la dotación de recursos personales de apoyo.

Dentro de este grupo de herramientas cuantitativas podemos diferenciar las que valoran desempeño/implicación en el contexto escolar como la Classroom-MEISR (Cla-MEISR), para niños de 3 a 5 años y la School Function Assessment (SFA), para niños con más de cinco años; las que valoran desempeño y/o participación en el contexto del hogar como la MEISR (0-3 años y 3-5 años); o específicas para la valoración de la participación en el hogar, la escuela y la comunidad, recogiendo la influencia del entorno, como la PEM-CY (5 a 17 años), Escala de participación del niño y adolescente (CASP) o la Escala del Entorno del niño y Adolescente

(CASE), Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) y de su instrumento complementario, el Preferences for Activities of Children (PAC).

Las **herramientas cualitativas que valoran desempeño y/o participación** se centran en los procesos, es decir, en el análisis de la realización de la tarea escolar: el tipo de ayuda o asistencia requerida (supervisión, dirección verbal, asistencia física puntual, en partes de la tarea o completa), si necesita adaptaciones del espacio físico, del material de uso común o de la tarea, la utilización de productos de apoyo, la frecuencia con la que necesita la ayuda o realiza la actividad; en relación a la implicación, el tiempo que se involucra en una actividad, en qué contexto o entorno se implica, si su preferencia es con adultos, niños de su edad u objetos, el grado de satisfacción del alumno en las tareas realizadas... Las herramientas cualitativas o de los procesos ofrecen la información que necesitan los profesionales para organizar un plan de intervención conjunto en torno a objetivos funcionales y de participación que tenga en consideración la intervención sobre el entorno escolar.

Dentro de este grupo de herramientas de valoración encontramos las Entrevistas Basadas en Rutinas para el hogar (EBR hogar) o la escuela (EBR escolar), o el *Cuestionario de implicación infantil* (primer ciclo de infantil), *SATIRE* (Scale for the Assessment of Teachers' Impressions of Routines and Engagements) que mide la percepción de los profesionales docentes sobre el grado de implicación (participación) del alumno en las rutinas del ciclo de infantil.

La MEISR 0-3, MEISR 3-5, ClaMEISR, STARE y SATIRE son herramientas libres que se pueden descargar en la siguiente página: <http://eieio.ua.edu/materials.html> , todas ellas traducidas y con validación transcultural al español, excepto la STARE.

Muchas de las herramientas nombradas no están traducidas y con validación transcultural para España, no obstante, en estos momentos, diferentes equipos de investigación españoles están trabajando por la traducción y validación transcultural de algunas de ellas, lo que hace que a corto o medio plazo, los profesionales implicados en la intervención con el alumnado con discapacidad en el contexto de la escuela, dispongamos de numerosas herramientas estandarizadas que nos permitan medir constructos tan complicados como la participación escolar.

4. EL PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTO CON EL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD

La implementación del paradigma biopsicosocial de la CIF-IA en el contexto de la escuela inclusiva afecta de lleno en los procesos de intervención con el alumnado con discapacidad. La búsqueda de la funcionalidad e independencia en las actividades y tareas escolares, junto a la eliminación de las barreras de acceso al aprendizaje y la participación del alumnado con discapacidad en la vida escolar, implica un trabajo cooperativo y transdisciplinar que se concreta en un único Plan de Intervención que integra las programaciones específicas de todos los profesionales. en torno a objetivos funcionales tomados de las rutinas escolares.

La normativa sobre inclusión educativa de muchas Comunidades Autónomas contempla un documento oficial donde plasmar el Plan de Intervención Conjunto que se va a llevar a cabo con el alumno. En algunas Comunidades Autónomas dicho Plan solo será elaborado con el alumnado que ha sido identificado como *alumno con necesidad específica de apoyo educativo (a.c.n.e.a.e)*, pero en aquellas que tienen una normativa más inclusiva, el plan de intervención puede ir dirigido a cualquier alumno. Según la Comunidad Autónoma, este documento recibe diferentes nombres: Plan de Actuación Personalizado (PAP) en la Comunidad Autónoma de Valencia, Plan de Trabajo (PT) en la de Castilla la Mancha... Sea cual sea el nombre que recibe, se trata de un documento programático que concreta y desarrolla las medidas inclusivas adoptadas con el alumno, en el que intervienen todos los profesionales implicados en la intervención. Generalmente, la normativa educativa detalla los contenidos que debe incluir el documento del Plan de Intervención conjunto. Entre los contenidos más habituales que encontramos en dichos documentos, están:

1. Los profesionales implicados,
2. Las fortalezas y potencialidades del alumno y las barreras identificadas,
3. Las medidas inclusivas adoptadas,
4. Actuaciones e intervenciones programadas,
5. Estrategias metodológicas de los procesos

6. Evaluación de las medidas adoptadas.

Desde el paradigma biopsicosocial de la escuela inclusiva, el documento oficial que recoge la intervención con el alumno con discapacidad nunca puede ser un “corta y pega” de las programaciones de cada profesional, sino un único Plan de Intervención que integre las programaciones específicas. Con el alumnado con discapacidad y, desde el modelo biopsicosocial de la escuela inclusiva, el Plan de Intervención Conjunto es diseñado por todos los profesionales a partir de los datos obtenidos de la valoración funcional realizada al inicio de cada curso para conocer el perfil de funcionamiento del alumno en el contexto de la escuela y, en el momento de la valoración. El Plan de Intervención Conjunto, con el alumno con discapacidad, tiene un carácter funcional y de participación, por lo que los objetivos programados deben responder a logros funcionales relevantes y significativos para el día a día del alumno con discapacidad en el centro escolar. Los resultados de la valoración funcional ayudarán a los profesionales en la elección de los **objetivos funcionales de equipo** que harán de hilo conductor y darán coherencia y continuidad al plan de intervención conjunto y al documento que los recoge.

Una vez elegidos, el equipo educativo pasará a programar diferentes actuaciones e intervenciones que ayudarán a alcanzar los objetivos programados y que tendrán en consideración las tres dimensiones alumno-tarea-entorno. El último paso es diseñar un sistema de evaluación de los logros funcionales programados, así como de las actuaciones o medidas que contempla el Plan de Intervención Conjunto.

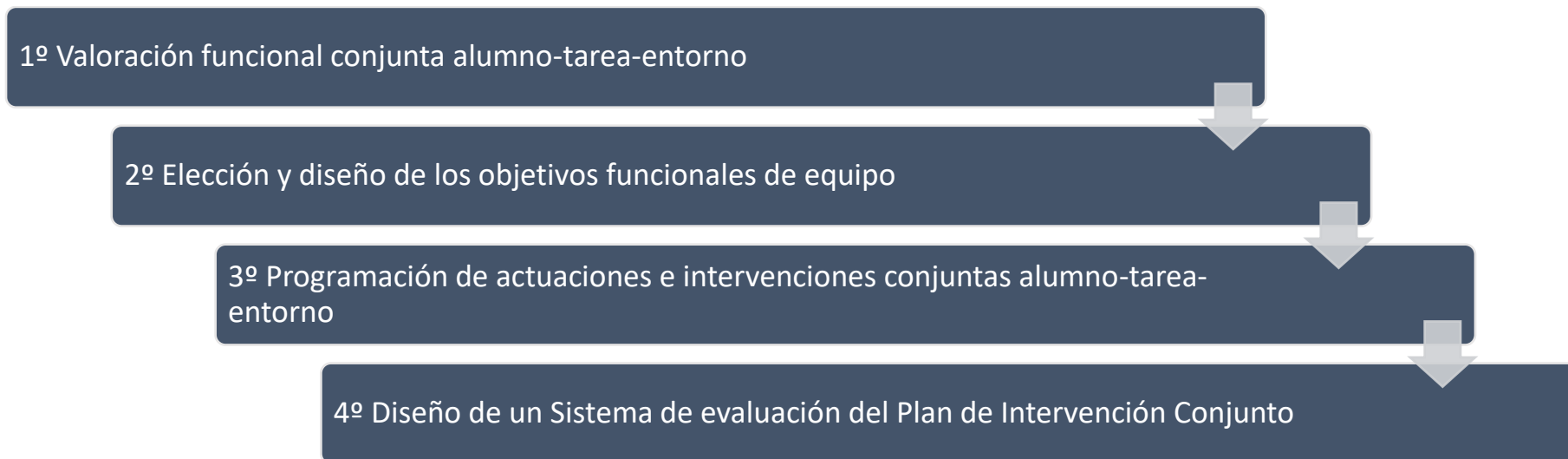


Fig. 10. Pasos para la elaboración de un Plan de Intervención Conjunto con el alumnado con discapacidad

PASO 1: La valoración funcional como punto de partida

El punto de partida para diseñar un único plan de intervención con el alumnado con discapacidad en la escuela que recoja las intervenciones de todos los profesionales implicados es la valoración funcional, que se llevará a cabo al inicio de cada curso. La valoración funcional ofrece al conjunto de profesionales una visión global u holística del alumno en el contexto de la escuela, en el desempeño/realización de las actividades, tareas o rutinas que comprenden su jornada escolar, en el momento de la valoración.

Para diseñar un Plan de Intervención Conjunto que tenga en consideración el entorno de la escuela, los profesionales implicados (tutor, maestro especialista en audición y lenguaje, fisioterapeuta, ayudante técnico educativo...), además de conocer qué actividades o tareas realiza el alumno sin dificultad y, cuáles no, necesitan **información cualitativa sobre los procesos de**

funcionamiento, como el tipo e intensidad de la asistencia que necesita para realizar la actividad, en qué tareas se implica y cuánto tiempo mantiene la implicación, en qué contexto lo realiza y en cuáles no... Así, al inicio de cada curso, el equipo educativo tiene que realizar una valoración funcional para llegar a consensos sobre:

1. **Las FORTALEZAS del alumno** (componente Actividad y Participación de la CIF-IA). Aquello que el alumno realiza de forma autónoma, sin necesidad de asistencia de terceras personas, aunque pueda requerir alguna compensación de tiempo, la adaptación del entorno físico, de la tarea o del material de uso común, o la utilización de productos de apoyo para realizarlo.
2. El **PONENCIAL** funcional del alumno. Lo que el alumno puede llegar a realizar con las medidas adoptadas y actuaciones realizadas (componente Actividad y Participación de la CIF-IA).
3. **La zona de OPORTUNIDAD DE APRENDIZAJE**. Aquello que el alumno realiza con ayuda o asistencia de terceras personas (supervisión, dirección verbal, asistencia física puntual o en parte de la tarea), o que no realiza en todos los contextos o entornos y que, por tanto, tiene posibilidades de progresar (componente Actividad y Participación de la CIF-IA).
4. **La zona de RETO**. Formada por aquellas actividades y tareas en las que el alumno requiere una asistencia completa en la totalidad de la tarea. Los profesionales que forman el equipo educativo tienen que llegar a consensos para dar respuesta a las tareas o actividades que componen esta zona, ya sea a través de la utilización de productos de apoyo, recursos personales que asistan la totalidad de la tarea, o la adaptación o cambio de esta.
5. **Las preferencias y necesidades** del alumno, identificando aquellas actividades, tareas y rutinas que son SIGNIFICATIVAS y RELEVANTES para su día a día en el centro educativo (Factores Personales de la CIF-IA),
6. **BARRERAS al APRENDIZAJE y la PARTICIPACIÓN**. La influencia de los elementos del entorno físico y actitudinal de la escuela en el nivel de desempeño, identificando aquellos que están funcionando como FACILITADORES y los que actúan como BARRERAS (Factores Ambientales de la CIF-IA).
7. **ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS en los procesos de intervención**. El estado y funcionamiento de los **sistemas, funciones y estructuras corporales** y su influencia sobre el componente Actividad y Participación, determina las estrategias a seguir por todos los profesionales en los procesos de intervención.

Para obtener esta información, el equipo educativo, podrá utilizar **herramientas de valoración interdisciplinares** que ofrezcan información cualitativa sobre los procesos como la EBR en la escuela o la SATIRE, aunque también podrían optar por aquellas que ofrezcan datos cuantitativos, como la SFA, STARE o el CORE-SET EN LA ESCUELA, cuando el equipo de profesionales, quiera utilizar los datos cuantitativos de la valoración funcional para evaluar la eficacia del plan de intervención, contrastando los resultados obtenidos en la valoración inicial del curso, con los datos de una valoración al finalizar el curso.

PASO 2. Elección y diseño de los objetivos funcionales en el contexto de la escuela

¿Qué son los objetivos funcionales en el contexto de la escuela y por qué trabajar en torno a ellos? Los *objetivos funcionales de equipo* están **centrados en el contexto escolar** y, responden a las prioridades y demandas que tiene el alumno con discapacidad en la escuela, por lo que el logro o progreso en dichos objetivos siempre **tiene un impacto directo sobre su vida escolar**. Los objetivos funcionales describen el funcionamiento del alumno en las actividades, tareas y rutinas escolares, no el desarrollo de habilidades concretas o específicas, e implican un trabajo colaborativo y conjunto de todos los profesionales desde una organización **inter/transdisciplinar**. Los objetivos funcionales de equipo pueden hacer referencia a la consecución de logros relacionados, por ejemplo, con *tareas de autocuidado*, como lavarse las manos antes de ir al comedor escolar, comerse el almuerzo en el tiempo de recreo, desplazarse desde su aula al WC, o quitarse el abrigo y colgarlo en la percha al llegar a su aula; o con el desempeño de las *tareas de aula* como la participación en la asamblea, sacar y guardar el material de la mochila, coger y dejar material en una estantería, utilizar la pizarra digital, manipular el material escolar; o con *el acceso y la movilidad* por las diferentes dependencias escolares, o con el manejo de recursos materiales de acceso al aprendizaje, la movilidad y la comunicación y *la participación en actividades lúdico, culturales, o deportivas* organizadas en el centro educativo. Por tanto, los objetivos funcionales no tienen un carácter académico o curricular y, aunque pudiesen coincidir con algunas programaciones didácticas de centros de educación especial o, con el currículo de infantil,

en realidad, no responden a los estándares de aprendizaje de ámbitos o áreas del currículo, pues no concretan lo que todos los alumnos tienen que conseguir para completar la etapa. Los objetivos funcionales son **individualizados**, se ajustan a las capacidades y potencialidades del alumno con discapacidad, a las posibilidades de progreso que tiene en aquellas tareas o demandas escolares que son **significativas y relevantes** para su día a día en el centro educativo. No obstante, los objetivos funcionales de equipo no están fuera del sistema educativo ya que encuentran su referente en el **aprendizaje basado en COMPETENCIAS**. El Informe DeSeCo (2003) definió el concepto competencia como *“la **capacidad** de responder a demandas complejas y **llevar a cabo tareas** diversas de forma adecuada”. La competencia “supone una combinación de habilidades prácticas, conocimientos, **motivación**, valores éticos, actitudes, emociones, y otros componentes sociales y de comportamiento que se movilizan conjuntamente para lograr una acción eficaz”. Se contemplan, pues, como conocimiento en la práctica, es decir, un conocimiento adquirido a través de la **participación activa en prácticas sociales** y, como tales, se pueden desarrollar tanto en el contexto educativo formal, a través del currículo, como en los no formales e informales (...) Dado que el aprendizaje basado en competencias se caracteriza por su **transversalidad**, su **dinamismo** y su **carácter integral**, **el proceso de enseñanza-aprendizaje competencial debe abordarse desde todas las áreas de conocimiento y por parte de las diversas instancias que conforman la comunidad educativa, tanto en los ámbitos formales como en los no formales e informales. Su dinamismo se refleja en que las competencias no se adquieren en un determinado momento y permanecen inalterables, sino que implican un proceso de desarrollo mediante el cual los individuos van adquiriendo mayores niveles de desempeño en el uso de estas.***

Así, podemos decir que los *objetivos funcionales*, en el contexto de la escuela, están relacionados con **los procesos de inclusión educativa**, pues persiguen la *presencia*, la consecución de logros (*el éxito*) y, la *participación* (Echeita y Ainscow, 2011) del alumno con discapacidad en la vida escolar y podrían ser utilizados como medida de la inclusión escolar.

¿Cómo elegir los objetivos funcionales en el contexto educativo?

Los objetivos funcionales se determinarán a partir de los resultados obtenidos de la valoración funcional realizada al inicio de cada curso. Se elegirán **de aquellas actividades, tareas, o rutinas de la jornada escolar del alumno que son relevantes y significativas para su día a día en la escuela y que, la valoración funcional haya situado en la zona de oportunidad de aprendizaje.**

¿Cómo diseñar el objetivo funcional de equipo?

Para diseñar objetivos funcionales valiosos para la vida escolar del alumno con discapacidad, vamos a ayudarnos del acrónimo inglés **SMART**. Siguiendo este acrónimo, los objetivos funcionales de equipo tienen que contar con las siguientes características:

- 1) **Específico**. El conjunto de profesionales tiene que ponerse de acuerdo para redactar un enunciado claro y conciso que describa de forma detallada el logro o meta a conseguir, describiendo el tipo de apoyo o asistencia ⁽¹⁾, la adaptación requerida y el contexto en el que lo realiza. Aunque el objetivo funcional aborda las habilidades necesarias para la independencia e implicación significativa del alumno en las actividades y tareas escolares, éste siempre tendrá que describir desempeño o participación, nunca el desarrollo de una habilidad concreta. Por ejemplo: “*Que Antonio mejore el agarre y adaptación de la mano a objetos de distinta forma*” **NO** sería un objetivo funcional de equipo.

El objetivo funcional tiene que describir lo que el alumno hace en la mayoría de las ocasiones, lo que el equipo de profesionales y la familia ha comprobado que ha conseguido y hace, aunque no lo ejecute en el momento puntual y concreto del día de la evaluación, por esta razón es conveniente que el enunciado recoja el nombre del alumno seguido de la fórmula “**es capaz de...**” ⁽²⁾, para continuar describiendo el logro funcional conseguido.

Además, es importante que el enunciado del objetivo funcional no solo recoja la conducta observable que consideramos como logro, sino también la conducta alternativa que podría darse, porque ambas forman parte del criterio de adquisición ⁽³⁾.

Ejemplo: *“Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de ⁽²⁾ llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar o soltar la cuchara ⁽³⁾, con asistencia de una persona ⁽¹⁾ para cargar la cuchara de comida y ponérsela en la mano...”*

- 2) **Medible:** El objetivo funcional tiene que describir una conducta observable y medible, por lo que en la descripción del objetivo tendremos que utilizar verbos que nos permitan esto. Por ejemplo: *“El alumno admite que se le lave las manos”* o *“El alumno entiende lo que se le dice”*, *admitir* y *entender* son acciones difíciles de observar, pero, sobre todo, de medir el progreso, por lo que no podríamos utilizar estos verbos para construir un objetivo funcional de equipo. Además, el enunciado tiene que recoger de forma clara los criterios de adquisición con algún indicador de logro objetivo y cuantitativo, entre los que podemos destacar los siguientes: la intensidad o tipo del apoyo o asistencia requerida, el tiempo que tarda en hacerlo, el contexto en el que lo hace, las veces que lo realiza correctamente...

Ejemplo: *“Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, cinco o seis veces de cada diez”*

- 3) **Alcanzable:** el enunciado tiene que describir un logro realista, describiendo un objetivo en el que el alumno tenga posibilidades de progresar, tomado de los ítems de la **“zona de oportunidad de aprendizaje”** que ha definido la valoración funcional.

Ejemplo: La valoración funcional de Antonio realizada al inicio de curso a través de la herramienta el CORE-SET EN LA ESCUELA, ha dado los siguientes resultados:

ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN	PUNTUACIÓN
<i>D550 Utiliza la cuchara</i>	3
<i>D 550 Mantiene una conducta adecuada en la mesa</i>	2

Estos dos ítems, puntuados con un 3 y un 2, están en la zona de oportunidad de aprendizaje, por lo que se han elegido para confeccionar un único objetivo que refleje el progreso de Antonio a este respecto.

- 4) **Relevante:** El objetivo funcional siempre debe estar contextualizado en el ámbito escolar y ser relevante y significativo en la jornada escolar del alumno, por lo que su logro tiene que tener un impacto directo en el día a día del alumno en el centro educativo.

Ejemplo: Antonio desea pasar de la mesa individual del comedor para alumnos que requieren una asistencia completa en la comida, a otra con más compañeros, para lo que necesita progresar en su independencia y conducta social.

- 5) **Temporalizado:** el enunciado del objetivo funcional tiene que recoger el tiempo que el equipo se establece para trabajarlo y evaluarlo. En el entorno educativo, generalmente, este tiempo viene establecido por las evaluaciones trimestrales y de final de curso.

*Ejemplo: “Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, cinco o seis veces de cada diez, **al finalizar el primer trimestre del curso escolar**”*

¿Cómo medir el progreso de los objetivos funcionales en el contexto de la escuela?

Ya hemos dicho que los objetivos funcionales no pueden equiparse a objetivos curriculares ya que responden a las necesidades individuales de cada alumno y su jornada escolar y, por tanto, tampoco podremos evaluarlos a través de estándares de aprendizaje que establece el sistema educativo para cada área o ámbito curricular, ya que un objetivo curricular podría abarcar distintas áreas o ámbitos. Por todo esto, el equipo educativo tiene que desarrollar un sistema de evaluación propio para cada objetivo funcional que

nos permita medir cualquier meta o logro funcional propuesta, así como reflejar los progresos realizados, por mínimos que sean. El equipo de profesionales implicados (equipo educativo), dispone de diferentes herramientas para medir los logros funcionales:

- 1) **GAS** (Goal Attainment Scaling)
- 2) **TGIF** (Therapy Goals Information Form), *FIOT en español

La TGIF y la GAS son herramientas libres que las podéis descargar en la siguiente página <http://eieio.ua.edu/materials.html>

CODIGO CIF-IA CATEGORÍA/ITEM	D 550 (COMER): Mantiene una conducta adecuada en la mesa, utiliza la cuchara
Línea temporal	PRIMER TRIMESTRE
Importancia*	Muy importante (puntuación:3)
Dificultad*	Moderadamente difícil (puntuación 2)
Peso (I*D)	6
Mucho menos -2 de lo esperado	Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar la comida o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, una o dos veces de cada diez.
Algo menos -1 de lo esperado	Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar la comida o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, tres o cuatro veces de cada diez.
Nivel esperado 0 de logro	Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar la comida o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, cinco o seis veces de cada diez
Algo mas +1 de lo esperado	Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar la comida o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, entre seis y nueve veces de cada diez.
Mucho mas +2 de lo esperado	Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar la comida o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, todas las veces.

Tabla 6. Ejemplo objetivo funcional de equipo, escala **GAS**

PASO 3. Programación de actuaciones e intervenciones en torno a los objetivos funcionales de equipo

TRANSDISCIPLINARIEDAD. La puesta en práctica de un Plan de Intervención Conjunto en torno a objetivos funcionales de equipo requiere una organización **inter/transdisciplinar** de todos los profesionales implicados (equipo educativo), junto a la familia. Este tipo de estructura de equipo va más allá de la mera comunicación o coordinación entre los profesionales, ya que para conseguir unas metas o logros funcionales comunes necesitamos un tipo de colaboración cooperativa y sinérgica, en la que se aprovechen las fortalezas de todos, se llegue a consensos sobre las metas o logros a conseguir, así como, sobre las actuaciones a llevar a cabo. La transdisciplinariedad solo puede darse desde la visión holística y, no compartimentada, del alumno en interacción con el entorno escolar. Este enfoque, requiere el conocimiento y manejo, por parte de todos los profesionales, no solo de las fortalezas y potencialidades del alumno, sino también, de las exigencias o demandas de la jornada escolar.

UN PROCESO DE RAZONAMIENTO CONJUNTO A PARTIR DE LOS OBJETIVOS FUNCIONALES DE EQUIPO. Una vez elegidos y diseñados los objetivos funcionales de equipo, el conjunto de profesionales implicados en la intervención tiene que llegar a consensos sobre las medidas y actuaciones que se van a llevar a cabo para progresar en dichos objetivos. Esto requiere un proceso de reflexión conjunto, a partir de la información obtenida en la valoración funcional realizada al inicio del curso, que abordará las dimensiones **alumno-tarea-entorno** con el fin de identificar **qué está impidiendo al alumno desempeñar con eficacia y eficiencia la tarea escolar que describe el objetivo funcional de equipo, o implicarse de forma activa en ella.** Este proceso de razonamiento permitirá, al conjunto de profesionales, organizar una intervención dirigida al alumno, a la tarea y/o al entorno, en la medida que se requiera, así como distribuir la responsabilidad en el diseño de las actuaciones, según el perfil profesional. No obstante, el proceso de análisis y reflexión de las dimensiones alumno-tarea-entorno, dirigido a la consecución de un objetivo de equipo concreto, no es algo estático que se realizará solo al inicio del curso, sino que, para ser valioso, tendrá que ser constante,

dinámico y vivo, ya que nos debe permitir responder y ajustar la respuesta de forma rápida y adecuada para adaptarnos a la evolución del logro o meta planteado. Esto implica una comunicación e interacción continua entre los miembros del equipo transdisciplinar.

Ejemplo: “Durante la comida, en el comedor escolar, Antonio es capaz de llevar la cuchara a la boca de forma exitosa, sin lanzar la comida o soltar la cuchara, con asistencia de una persona para cargar la cuchara y ponérsela en la mano, cinco o seis veces de cada diez, al finalizar el primer trimestre del curso escolar”



Fig. 7. Ejemplo de proceso de razonamiento interprofesional alumno-tarea-entorno para el diseño del Plan de Intervención Conjunto

LA CAPACITACIÓN Y HABILITACIÓN INTERPROFESIONAL Y DE LA FAMILIA. En la realización de una misma tarea escolar están implicados requerimientos cognitivos, de movilidad, comunicativos, de conducta o comportamiento, así como la participación en prácticas sociales y, todo ello, funcionando de forma sinérgica. Por eso, una de las actuaciones más importantes que el equipo educativo tiene que recoger en el Plan de Intervención Conjunto es **la capacitación o habilitación interprofesional y de la familia**, con respecto al manejo de dichos requerimientos, de manera que todos sepan y puedan actuar más allá de su ámbito de competencia o disciplina profesional, durante el transcurso natural de la jornada del alumno en el centro educativo, y en el hogar. Por ejemplo, en un alumno con dificultades de movilidad, el manejo de la movilidad no puede circunscribirse al momento de intervención del fisioterapeuta, pues a lo largo de la jornada escolar se producen multitud de situaciones escolares en las que el movimiento y la postura están implicados y, el profesional que está en ese momento con el alumno debe saber cómo manejarlas para favorecer la máxima funcionalidad en el desempeño eficaz y eficiente de la tarea. De la misma manera ocurre cuando, por ejemplo, el alumno utiliza un sistema alternativo de comunicación; su uso debe transferirse y generalizarse a todos los contextos y, para eso, todos los profesionales y la familia deben conocer cómo hacerlo. En una organización transdisciplinar, un miembro del equipo es el responsable de diseñar las prácticas de intervención, así como de coordinar y transmitir los resultados al resto de profesionales y la familia. A este miembro se le elige según las características del alumno y, el perfil del profesional. Por ejemplo, en un alumno que principalmente, presenta dificultades de movilidad, el profesional responsable sería el fisioterapeuta. No obstante, en el ámbito educativo, la normativa educativa suele reflejar que, el tutor es el responsable de diseñar y coordinar el Plan de Trabajo conjunto.

UN ENTORNO ACCESIBLE. Ya hemos hablado del peso que el entorno tiene en el modelo biopsicosocial, de la influencia facilitadora o de barrera que el entorno puede ejercer sobre el nivel de desempeño y participación del alumno. Por eso, una de las primeras actuaciones que el conjunto de profesionales tiene que programar, son las dirigidas a la eliminación de aquellos elementos físicos y, actitudinales del entorno que, han sido identificados como barreras de acceso al aprendizaje y la participación en la valoración

funcional. El equipo educativo tiene que diseñar un entorno enriquecido y facilitador, **accesible al aprendizaje y la participación (accesibilidad física, cognitiva y sensorial)**. En un nivel de concreción mayor, relacionado con el objetivo funcional de equipo programado, el conjunto de profesionales tendrá que realizar un análisis más preciso del entorno para eliminar aquellos elementos que estuviesen funcionando como barreras y dificultando el progreso en dicho objetivo. En la fase de intervención, la valoración y actuación sobre el entorno, es dinámica y constante, observando la respuesta del alumno y, respondiendo de forma inmediata y directa.

UN ENFOQUE NATURALISTA. La neurociencia nos ha dicho que la motivación es básica en el nivel de atención e implicación de la persona durante el desempeño de una tarea y que motivación, atención e implicación son fundamentales en las estrategias de aprendizaje. La neurociencia también nos ha enseñado que *«Las personas prefieren comprometerse con material que es relevante a sus vidas y aprenden mejor cuando el aprendizaje se da en el contexto de la vida real y este responde a sus necesidades»* (Dunst & Trivette, 2009). Esto nos lleva a la introducción del enfoque naturalista en el contexto de la escuela a través de **la programación de intervenciones en el entorno natural de la escuela, durante el desempeño de las actividades, tareas y rutinas escolares, aprovechando la oportunidad de aprendizaje que nos ofrecen** ya que, suelen llevar una carga importante de motivación para el alumno con discapacidad, al formar parte de las demandas de su jornada escolar y, son llevadas a cabo por sus compañeros, convirtiéndose en significativas y relevantes para su vida en la escuela.

INTERVENCIONES CONJUNTAS E INTEGRADAS. El diseño de un plan de intervención conjunto en torno a objetivos funcionales de equipo, la práctica en el entorno natural de la escuela, durante el desempeño de las tareas escolares, puede demandar la programación de intervenciones **conjuntas o integradas** en un mismo espacio y tiempo por varios profesionales. Las intervenciones conjuntas se pueden dar entre todos los profesionales y, contextos: entre el fisio y el tutor (en la clase), entre el maestro de Audición y Lenguaje y el tutor (en la clase), entre el fisio y el profesor de E. física (en la clase de E. física), entre el fisio y el Auxiliar Educativo

(en el patio, durante el juego con compañeros, comida, aseo...), entre el fisio y el maestro de Audición y Lenguaje (en la sala de fisio). Para que la intervención conjunta sea fructífera es imprescindible un alto nivel de capacitación interprofesional y trabajo transdisciplinar en pro de un objetivo común.

PASO 4. DISEÑO DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN del Plan de intervención conjunto

El último paso en la elaboración del Plan de Intervención Conjunto es el diseño de un sistema de evaluación conjunto que permita al equipo educativo valorar la eficacia de las medidas de intervención sobre el entorno diseñadas, así como de las intervenciones programadas.

Los objetivos funcionales hacen de nexo de unión de las actuaciones, intervenciones y medidas programadas y puestas en práctica por todos los profesionales, siendo el hilo conductor que da coherencia y continuidad al plan de intervención conjunto y al documento que los recoge, por lo que podríamos decir que, en realidad, éstos no evalúan al alumno, sino que miden la eficacia de las medidas inclusivas adoptadas y las actuaciones llevadas a cabo por el conjunto de profesionales que intervienen con el alumno en pro de su inclusión. Por lo tanto, el progreso en los objetivos funcionales y su impacto sobre la vida escolar del alumno con discapacidad, serán la medida de su nivel de inclusión, así como de la eficacia del Plan de intervención Conjunto, diseñado por todos los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abellán A. e Hidalgo, R.M. (2011). *Definiciones de discapacidad en España*. Madrid, Informes Portal Mayores, nº109. Recuperado de [http:// www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-definiciones-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-definiciones-01.pdf)
2. Boavida, T., Akers, K., McWilliam, R. A. & Jung, L. A. (2015). Rasch analysis of the routines based interview implementation checklist. *Infants & Young Children*, 28(3), 237-247. doi: 10.1097/IYC.0000000000000041
3. Bovend'Erdt T, Botell R, Wade D. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil*. 2009;23(4):352-361. doi:10.1177/0269215508101741.
4. Brooks, V.B. (1986). How does the limbic system assist motor learning? A limbic comparator hypothesis. *Brain Behav Evol.*, 29(1-2): 29-53. doi: 10.1159/000118670
5. Castaño J., (2002). Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación. *Rev Neurol* 2002; 34 (Supl 1): S130-5]
6. Dunst, C.J., & Trivette, C.M. (2009). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of family social work*, 12(2), 119-143. doi:10.1080/10522150802713322

7. Echeita, G. y Ainscow, M. (2011). La educación inclusiva como derecho. Marco referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Revista de Didáctica de la Lengua y la Literatura*, 12, 26-46.
8. Egea, C. y Sarabia, A., (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, ISSN 1696-0998, 50,15-30.
9. Holsbeeke, L., Ketelaar, M., Schoemaker, M.M. & Gorter, J.W. (2009). Capacity, capability, and performance: different constructs or three of a kind? *Arch Phys Med Rehabil*. May;90(5): 849-55. doi: 10.1016/j.apmr.2008.11.015
10. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, núm 096, de 21 de abril de 2008, pp. 20648 a 20659. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>
11. King GA, McDougall J, Palisano RJ, Gritzan J, Tucker MA. Goal Attainment Scaling: Its Use in Evaluating Pediatric Therapy Programs. *PhysOccupTherPediatr*. 1999;19(1):31-52
12. King G., King S., Rosebaum P., (1999). Family-Centered Caregiving and Well-Being of parents of children with disability: Linking Process With outcome. *Journal of Pediatric Psychologi*. Vol.24, nº1, p.p.41-53
13. Kleim, J.A. & Jones, T.A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hear Res*, 51(1): S225-39. doi: 10.1044/1092-4388(2008/018)
14. López, G. (2015). *El rol de la familia en los procesos de educación y desarrollo humano de los niños y niñas*. Retrieved from https://www.uam.mx/cdi/pdf/redes/xi_chw/cendif_rol.pdf

15. Madden R., Sykes C., T Berdirham U., 2018. World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose
16. Marina J.A. (2012). La inteligencia ejecutiva
17. Maslow, A. (1968/1972). *El hombre autorrealizado. (Traducción de Ramón Ribé)*. Estados Unidos / Barcelona: Litton Educational / Kairós.
18. O'Neill ME, Palisano RJ, and Westcott SL (2001) Research report: *Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perception of therapists' behaviors during early intervention*. Physical Therapy 81(8 August): 1412-1424.
19. Organización Mundial de la Salud. (1997) *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. IMSERSO. Madrid.
20. Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO, OMS y OPS. Madrid.
21. Palisano et al, 2016. Campbell's Physical Therapy for Children Expert Consult, 5e. Ed. Saunders
22. Palisano RJ, Haley SM, Brown DA, 1992. Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. Phys. Ther. 1992;72 (6):432-437
23. Parra Dussan, C. 2010. Educación inclusiva: un modelo de educación para todos. Rev_ isees nº 8, p.p. 73-84
24. Rosell, C., Soro-Camats, E., Basil, C., 2010. Alumnado con discapacidad motriz. (4) p.63
25. Salmerón, Nieto, A. 2009 Desde la homogeneidad a la diversidad en la acción educativa y social: desarrollo normativo. El largo camino hacia la educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días; XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, Vol.1 p.p.359-368
26. Schiaritti V., Mahdi S., Bölte S., 2018. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for cerebral palsy, autism spectrum disorder, and attention-deficit–hyperactivity disorder. Dev Med Child Neurol. 2018; (6): p.p. 933-941

27. Schiariti, V., Simeonsson, R.J. & Hall, K. (2007). Promoting Developmental Potential in Early Childhood: A Global Framework for Health and Education. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(4). doi: 10.3390/ijerph18042007
28. Schiariti V, Tatla S, Sauve K, O'Donnell M. Toolbox of multiple-item measures aligning with the ICF Core Sets for children and youth with cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol* 2017; (21): p.p. 252–63.
29. Schmidt, R.A. & Lee T.D. (1999). *Motor Control and Learning: A Behavioural Emphasis – 3th Edition*. Champaign, I.L.: Human Kinetics.
30. Schmidt, R.A. & Wrisberg C.A. (2004). *Motor Learning and Performance: With Web Study Guide – 4th Edition*. A situation-Based Learning Approach. Champaign, I.L.: human Kinetics.
31. Shea, J. B. y Morgan, R. L. (1979). Contextual interference effects on the acquisition retention and transfer of a motor skill. *Journal of Experimental Psychology and Human Learning*, 3, 179-187.
32. Shunway-Cook, A. y Woolacott, M. H. (2007). *Motor Control: Translating Research into Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
33. Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: A practical guide. *Clin Rehabil*. 2009;23(4):362-370
34. Verdugo M. A. (octubre 2003). De la Segregación a la inclusión educativa. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Educación para personas con síndrome de Down, Avilés.
35. Verdugo, M.A., Vincent, C., Ocampo, M. y Jordán de Urries, B. (2001). Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante. Servicio de Información sobre Discapacidad. Salamanca. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/verdugo-definiciones-01.pdf>

