

**ÁREA ACADÉMICA No. 5
TEORÍA PEDAGÓGICA Y FORMACIÓN DOCENTE**

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

**LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE UN NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL: EL
CASO DE JUAN ROMÁN**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADAS EN PEDAGOGÍA**

P R E S E N T A N

**ORTEGA HERNÁNDEZ BETZABÉ
TAPIA HERNÁNDEZ KAREN**

ASESOR: DR. ARTURO CRISTÓBAL ALVAREZ BALANDRA

ENERO 2014

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres *Susana y Silvestre* *María de los Ángeles y Pedro*

Con todo nuestro orgullo expresamos el gran cariño que sentimos por ustedes, queremos agradecerles por todo el esfuerzo que realizan día con día para sacarnos adelante, por su apoyo incondicional para que alcancemos nuestras metas e ilusiones. Sabemos que nos desean lo mejor porque siempre nos han guiado hacia el mejor camino por el cual avanzar y son ustedes los que en todo momento han estado pendiente de nuestros éxitos, compromisos y educación; sobre todo agradecemos su presencia, sus consejos y sus llamadas de atención ya que gracias a ello logramos llegar hasta aquí y hoy podemos decir que somos Pedagogas. Finalmente, agradecemos a Dios por habernos bendecido con unos padres extraordinarios, y queremos que nunca olviden que nos sentimos muy orgullosas de ser sus hijas. ¡Los amamos!

A nuestros hermanos *Denys y Juan Carlos* *Tania y Janet*

Nos sentimos afortunadas de contar con ustedes, gracias por brindarnos su hombro y oídos cuando lo hemos necesitado, por darnos estímulo en todo lo que hemos emprendido, consuelo en la adversidad y esperanza para el futuro; por eso queremos decir que somos felices al tener unos hermanos maravillosos, que los admiramos y respetamos pero sobre todo ¡Los amamos!

A mi amiga y compañera de tesis Betzabé

Betza agradezco a la vida el que te haya puesto en mi camino porque más que mi compañera de tesis eres mi amiga, te deseo lo mejor del mundo, que todos tus sueños se vean realizados, y, siempre ten presente la frase de Harold V. Melchert. “Vive tu vida como si subieras una montaña. De vez en cuando mira hacia tu alrededor y admira las cosas bellas en el camino. Sube despacio, firme y disfruta cada momento hasta llegar a la cumbre”. ¡Te quiero mucho!

A mi amiga y compañera de tesis Karen

Una vez más te expreso lo afortunada que me siento al tenerte en mi vida, porque eres una gran persona con la que he compartido muchos momentos felices y principalmente me has tendido la mano y escuchado en momentos difíciles. Karen tu significas para mí más de lo que estas palabras pueden expresar y de corazón te deseo éxito en todo lo que realices. ¡Te quiero amiga!

A nuestro asesor Arturo C. Alvarez Balandra

Gracias por todos los aprendizajes que nos ha brindado, por compartirnos de su sabiduría, por impulsarnos a ser mejores día a día, por su paciencia, amabilidad, por generar la suficiente confianza para preguntarle nuestras dudas; así mismo dejar que nosotras expresáramos nuestras ideas libremente, por su apoyo incondicional en nuestra tesis, por su vocación y dedicación hacia su trabajo sin los cuales esta investigación no hubiera llegado a su término.

A nuestros sinodales David F. Beciez G., Mario Flores G. y Esteban Cortés S.

Gracias por leer nuestra investigación, por sus recomendaciones, sus consejos, por ser un ejemplo de dedicación y profesionalismo a seguir y por haber confiado en nosotras.

A Juan Román y a su familia

Gracias Juan Román y familia García Mejía por haber puesto su confianza en nosotras, por abrirnos las puertas de su hogar y de sus corazones, porque gracias a su testimonio pudimos plasmar un caso real en nuestra tesis y con ello adquirimos muchos aprendizajes tanto personales como profesionales.

ÍNDICE

ABREVIATURAS Y SIGLAS	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. EL CAMINO PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA EN MÉXICO	6
1.1. De la educación especial a la integración educativa en México	7
1.2. La integración educativa en el nivel preescolar	18
1.3. El cambio de enfoque en preescolar: de la integración educativa a la educación inclusiva	32
CAPITULO 2. LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL	40
2.1. Origen del estudio de la PC	41
2.2. Características anatómicas y fisiológicas de los niños con PC	44
2.3. Clasificaciones de la PC	47
2.4. Etiología de la PC	52
2.5. Diagnóstico de la PC	54
2.6. Tratamiento de la PC	56
2.7. Necesidades educativas específicas y escolarización de los niños con PC	59
CAPITULO 3. LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE UN NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL AL PREESCOLAR: EL CASO DE JUAN ROMÁN	68
3.1. Condiciones en las que se accedió al caso	70
3.2. El desarrollo pre, peri y postnatal de Juan Román	74
3.3. Identificación, diagnóstico y tratamiento médico la PC de Juan Román	78
3.4. El proceso de escolarización de Juan Román	83
3.5. Proceso de intervención para apoyar la Inclusión Educativa de Juan Román	90
3.6. Prospectiva del desarrollo de Juan Román	129
CONCLUSIONES	132
REFERENCIAS	137
ANEXOS	143

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ANMEB:	Nacional para la Modernización de la Educación Básica
APAC:	Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral
BAyP:	Barreras para el Aprendizaje y la Participación
BM:	Banco Mundial
CAPEP:	Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar
CAS:	Capacidades y Aptitudes Sobresalientes
CI:	Coeficiente Intelectual
CMN:	Centro Medico Nacional
CP:	Centros Psicopedagógicos
CREO:	Centros Regionales de Recursos de Información y Orientación
CSEP:	Coordinación Sectorial de Educación Preescolar
DEE:	Dirección de Educación Especial
DEP:	Departamento de Educación Preescolar
DF:	Distrito Federal
DGEE:	Dirección General de Educación Especial
Dx:	Diagnostico
EE:	Educación Especial
EEG:	Electroencefalograma
EI:	Educación Inclusiva
ENLACE:	Evaluación Nacional de Logros Académicos en Centros Escolares
ER:	Educación Regular
EPT:	Educación Para Todos
FNUAP:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GI:	Grupos Integrados
GE:	Gastroesofágico
IAP:	Institución de Asistencia Privada

IE: Integración Educativa
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
IRM: Imágenes por resonancia magnética
LSM: lenguaje de Señas Mexicanas
M/N: Moneda Nacional
NEE: Necesidades Educativas Especiales
NINDS: Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares
ONU: Organización de las Naciones Unidas
PA: Postero Anterior
PC: Parálisis Cerebral
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPI: Pico de Presión Inspiratoria
RIEB: Reforma Integral de Educación Básica
Rx: Rayos x
SDR: Síndrome de Dificultad Respiratoria
SEM: Sistema Educativo Mexicano
SEN: Sistema Educativo Nacional
SEP: Secretaría de Educación Pública
SNC: Sistema Nervioso Central
SSEDF: Subsecretaría Servicios Educativos para el Distrito Federal
TC: Tomografía computarizada
TDA: Trastorno por Déficit de Atención
UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UPN: Universidad Pedagógica Nacional
USAER: Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, al traer al pensamiento el derecho fundamental de la educación es casi inevitable hacer mención de la tan pronunciada “Educación para Todos”, claro sin olvidar que para que se dé ésta, es preciso reconocer la diversidad del mundo en el que vivimos y la importancia enriquecedora que tiene ésta en todos los espacios sociales, en especial dentro del Sistema Educativo Mexicano (SEM), sistema en el que el acceso a la educación es un derecho que todos tenemos por Ley, de aquí la necesidad de mirar la diversidad como una condición insoslayable y presente dentro de todo sistema educativo y que en lugar de ser algo negativo, más bien es algo que enriquece y se puede lograr mediante la reformulación de las políticas, estrategias y planes de acción que permitan satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de todos los niños, adolescentes y jóvenes.

Ahora bien, el hecho de que la diversidad sea un factor que ha estado y seguirá estando presente en el entorno social, exige que dentro de nuestra labor como pedagogos nos ocupemos de voltear la mirada hacia ésta, la que conforme ha pasado el tiempo, se ha manejado y entendido de distinta manera de acuerdo con las exigencias de la sociedad y del contexto en la que ésta se desarrolla. De hecho, la evolución por la que ha pasado la sociedad es un factor clave para que en la educación se dieran los cambios necesarios, en una búsqueda por responder a la visión de mundo, de hombre, de sociedad y de las necesidades que ésta reclama.

Actualmente, el SEM está guiado por un modelo de inclusión educativa, en el que no sólo se hace referencia a alguna persona proveniente de una cultura distinta a la mayoría o que tiene algún tipo de discapacidad sensorial, motora o intelectual; sino más bien a las necesidades educativas que todo alumno pueda presentar, ya

que todos los estudiantes son distintos y por lo mismo sus necesidades al buscar adquirir los conocimientos establecidos en los planes y programas de estudio son diferentes. Cabe aclarar, que el tener necesidades educativas no es sinónimo de imposibilidad de aprender y, mucho menos, de no poder ser integrados a los contextos escolares regulares. Muestra de esto en nuestro país, es la existencia de una política de inclusión que indica que cualquier institución debe incluir a todos los educandos en todos los niveles educativos y sociales, independientemente de sus condiciones y características.

De ahí la elaboración de la presente investigación en la que nos enfocamos en el trabajo en Educación Preescolar para apoyar la inclusión escolar, en este nivel educativo el encargado de brindar dicho apoyo es el Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP). Se trata de una investigación que tiene que ver con un estudio de caso, el de Juan Román, un niño con Parálisis Cerebral (PC) de tipo espástico; es decir, que tiene notable rigidez de movimientos porque los músculos no están relajados. Seleccionamos a Juan Román porque consideramos que nuestra intervención podría ser más fructífera ya que cursar el 3er grado de Preescolar era su primer acercamiento escolar y podíamos contribuir para su inclusión educativa, además nos percatamos del posible error en su diagnóstico médico por lo que podríamos orientarlos en la búsqueda de ayuda especializada u otra opinión médica.

Para ello, se ha estructurado de la siguiente manera; el primer capítulo se orienta a explicar el proceso histórico y social que llevó a que se conformara lo que hoy conocemos como Educación Inclusiva; en el segundo capítulo se abordan aspectos específicos de la Parálisis Cerebral como el concepto, clasificación, etiología, el proceso seguido para su diagnóstico, tratamiento, las Necesidades Educativas Especiales (NEE) de los sujetos con Parálisis Cerebral y por último, la escolarización de éstos; finalmente, en el tercer capítulo se expone el estudio del caso de Juan Román haciendo mención de su desarrollo pre, peri y postnatal, de su diagnóstico y tratamiento médico. De la misma manera se describe el proceso

de escolarización de Juan Román y la intervención que pudimos hacer para apoyar su inclusión educativa.

En este caso, la inclusión escolar es parte de la vida diaria de Juan Román, ya que él se incorporó en el ciclo escolar 2012-2013 a 3er. grado de educación preescolar en un aula regular, sin que para ello fuera un impedimento el tener parálisis cerebral ya que tiene el mismo potencial cognitivo¹ que cualquier niño de su edad por lo que cumple con los requerimientos de un aula regular. Es un caso paradigmático, que nos permitirá elaborar una explicación sobre las condiciones en que un niño con este tipo de discapacidad puede ser integrado e incluido en el aula regular contando con el apoyo del CAPEP.

¹ Por su historial médico se sabe que Juan Román tiene el mismo potencial cognitivo que cualquier otro niño de su edad.

CAPÍTULO 1.

EL CAMINO PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA EN MÉXICO

Es bien sabido que la consolidación del actual Sistema Educativo Mexicano (SEM) ha sido fruto de un largo proceso de transformaciones del contexto socio-cultural, político y económico del país, pero no sólo debido a esto, ya que también ha habido una influencia de las políticas educativas internacionales, definición de las mismas, con la participación de México, lo que ha sido un factor que lo ha comprometido para su implantación y ejercicio.

Uno de estos compromisos ha sido el transformar la idea y forma de organización de la llamada Educación Especial (EE) y la Educación Regular (ER), para impulsar primero la Integración Educativa (IE) y, posteriormente, la Educación Inclusiva (EI).

Por ello este capítulo parte de precisar cómo se dio el cambio de la Educación Especial (EE) al enfoque de la Integración Educativa (IE), para de aquí indicar cómo se concretó este último en la Educación Preescolar; en cuanto a ésta, se abordará cómo surge y de qué manera se brinda educación a los sectores de la población estudiantil que son vulnerables de exclusión, para ello se explica la historia del servicio que este nivel ofrece por medio de los *Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP)*, centros que desde este enfoque educativo se han orientado a atender y apoyar a niños de edad preescolar que tienen necesidades educativas diferentes y que enfrentan Barreras para el Aprendizaje y la Participación (BAyP).

Finalmente se explica cómo el modelo de Integración Educativa (IE) se modificó por el de Educación Inclusiva (EI) visión educativa que se orienta a apoyar a todo sujeto, desde niños hasta adultos, con la clara intención de garantizar el acceso a

una educación integral y de calidad que permita su desenvolvimiento autónomo, el cual se implementa en todos los niveles educativos, pero para fines de esta investigación sólo nos centraremos en cómo se da en los *Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP)*.

1.1. De la educación especial a la Integración educativa en México

La Educación Especial (EE) es un enfoque educativo que tiene como punto de partida la idea de que las personas con discapacidad deben recibir educación en un espacio donde haya personas con las mismas características y en las mismas circunstancias.

De ahí que la EE, en su sentido tradicional, emplea la “etiquetación” según el tipo de discapacidad que presenta cada alumno, con base en esto se aísla a los alumnos con discapacidad de los alumnos/alumnas considerados como “normales”; pues se presupone una causa y, con ello, potencialidades de aprendizaje y desarrollo diferencial. Conjunto de supuestos que tienen un carácter marginal.

Esta EE a lo largo de la historia ha sido objeto de cambios en su denominación. De ahí que Cano indique que se le ha conocido como:

- Pedagogía curativa que se entiende como el estudio de la educación y los cuidados que requiere el niño en situación de desventaja.
- Pedagogía diferencial cuyos objetivos son el estudio de las diferencias humanas y la elaboración de respuestas educativas adaptadas.
- Pedagogía terapéutica que se centra en potenciar las posibilidades del sujeto y de esta manera, logre aceptar sus limitaciones y se esfuerce por lograr su integración en la sociedad y el mundo laboral.
- Pedagogía especial que se encarga de las dificultades en el desarrollo biológico y psicosocial.
- Pedagogía correctiva en donde se conduce al sujeto a conseguir resultados específicos.
- Enseñanza especial es aquella enseñanza dirigida a los disminuidos físicos o mentales y a otras categorías de “niños especiales”.
- Educación especial, la UNESCO sustituyó el término de enseñanza especial por éste y se centra en cómo mejorar el desarrollo integral del niño a través de sus potencialidades (Cano, 2003, pp. 25-29).

Estas terminologías fueron usadas para referirse al enfoque de la EE, y tienen que ver con el contexto sociocultural del momento histórico y en particular con las instancias enfocadas a promover acciones orientadas a ofrecer educación a las personas con discapacidad y legislaciones que regulen dichas prácticas educativas. Así en sus inicios la EE:

Se ha manifestado unida a la deficiencia y centrando sus acciones e intervenciones, siempre, desde una perspectiva eminentemente correctiva y terapéutica, fijándose no en lo que el niño era capaz de hacer y en sus capacidades, sino, más bien, en sus limitaciones y deficiencias (Cano, 2003, p. 24).

Una EE de orden terapéutico-asistencial, que se fundamentó en la idea de que los sujetos eran “anormales”, por lo que su educación se limitaba a ofrecerles ciertas condiciones de bien estar, autonomía y evangelización, pero de manera limitada, claramente acotada a su contexto, sobre todo el familiar.

En México dicha EE se inicia en el siglo XIX, ya que a partir de éste se empieza a poner: “...interés en el niño y su derecho a la educación, aspectos que el poder político irá asumiendo como una de sus responsabilidades públicas y prioritarias haciendo extensiva y universal su oferta educativa” (Cano, 2003, p. 42). Este primer periodo por el que pasó la EE en México se conoce como el *Modelo asistencial para la atención de las personas “Atípicas”, “Deficientes mentales”, “Sordomudos” y “Ciegos”* y tuvo lugar de 1870 hasta 1970 su inicio se da en la época de la presidencia de Benito Juárez (1858-1872).

...momento en el que la población y el Estado, aún no tenía una idea clara de qué hacer con las personas con discapacidad, a quienes se les negaba el reconocimiento de sus capacidades pues sólo eran vistos desde su “alteración” motora, auditiva, visual o intelectual (SEP, 2010, p. 20).

Para 1865 Ignacio Trigueros (Alcalde Municipal de la Capital del País) sostiene una entrevista con Eduardo Huet Merlo (precursor de la educación de sordos en Brasil), quien le propone la creación de una escuela para sordomudos y de esta manera, para junio de 1866 se inaugura la *Escuela Municipal de Sordomudos*

siendo el mismo Huet el que asumiría la dirección de esta institución de carácter público. Según el acuerdo con la Ley Orgánica de Educación de 1867 los alumnos de éste plantel:

...deberán aprender lengua española escrita, expresada por medio del alfabeto manual y pronunciada cuando haya aptitud para ello en el niño, además de catecismo y principios religiosos, elementos de geografía y de historia general con especial atención en la nacional, así como historia natural, en aritmética las cuatro operaciones fundamentales, para los niños horticultura y jardinería práctica, para las niñas, trabajos manuales de aguja, bordado, gancho, así como teneduría de libro para los que presentaran alguna aptitud (SEP, 2010, p. 26).

Con éste decreto también se le otorga el carácter de Nacional a la Escuela de Sordomudos con lo cual, los gastos para su manutención quedaron a cargo del erario federal. Al ver los buenos resultados obtenidos Ignacio Trigueros, abre un local para la enseñanza de ciegos en 1870, al que se le nombra *Escuela para Ciegos “Lic. Ignacio Trigueros”*. Posteriormente Juárez cedió el antiguo Convento de la Enseñanza para la instalación de esta escuela. En ella asistían alumnos de ambos géneros en situación de pobreza en la edad de 8 hasta los 16 años y podían elegir entre permanecer aislados hasta el término de su educación o asistir diariamente. Fue hasta 1877, cuando ya estaba al frente del gobierno Porfirio Díaz que la escuela adquiriera el carácter de nacional y se le nombre como *Escuela Nacional para Ciegos*.

Así mismo, se establecieron las bases de la educación pública y se llevó a cabo el *Congreso Higiénico Pedagógico* en 1882 en donde se abordaron las condiciones higiénicas de los centros escolares, el modelo más adecuado del mobiliario, método de enseñanza, entre otros; llegando a la conclusión de la necesaria creación de escuelas idóneas para preservar la salud física y mental de los menores, de la misma manera, se resalta la importancia del juego en su desarrollo y se prohíbe el maltrato físico (SEP, 2010, p. 28).

Dos años después, se promulgó un *Reglamento Interior para las escuelas primarias de niños y niñas* “...con el fin de modernizar, uniformar la enseñanza y

adaptar las teorías a las necesidades e idiosincrasia nacionales. Además, se pretendía mejorar las condiciones de los planteles, horarios escolares, distribución de tiempo, obligaciones del personal y currículo” (SEP, 2010, p. 28). Posteriormente se pretendió unificar la educación en el país y para ello se convocó a un *Congreso Nacional de Instrucción Pública* en el que se analizó la situación educativa y se fijaron lineamientos y políticas educativas.

Para 1921, se llevó a cabo el *Primer Congreso Mexicano del Niño* en el que se concluyó que los niños “anormales” deben concentrarse en grupos de acuerdo a sus características físicas y psíquicas. Pasados dos años, se convocó al *Segundo Congreso Mexicano del Niño*, en este caso se resaltó la urgencia de la creación de escuelas especiales. La realización de estos dos Congresos, dio pie para que en 1925 se creara el *Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar*. Una década después, se creó el *Instituto Médico Pedagógico* al cual se le asignó brindar atención a los niños con retardo físico y mental y generar investigación en torno a éstos tipos de retardo con el fin de proporcionar mejores tratamientos médicos y pedagógicos.

Ya para 1970, con la finalidad de coordinar y organizar la atención de las personas que requerían EE en México, se crea la *Dirección General de Educación Especial* (DGEE), una dirección que surge debido a que el “...gobierno [reconoce] la necesidad de atender a esta población, rescatándola de la marginación y procurándole un contexto educativo adecuado” (DGEE, s.a., s.p.). La finalidad a seguir de la dirección es: “...organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación especial y la formación de maestros especialistas” (SEP, 2006, p. 7).

La DGEE representó un cambio de actitud por parte del Estado hacia la atención de los niños y jóvenes “atípicos”, entendiendo que son: “...aquellas personas con problemas de audición y lenguaje, ciegos, débiles visuales, deficientes mentales, lisiados del sistema músculo esquelético, menores infractores, niños con

problemas de aprendizaje o cualquier otro tipo de inadaptación escolar y social” (SEP, 2010, p. 84).

Cabe destacar que en esta misma década nuestro subsistema de EE, empezó a ser influenciado por el llamado *Informe Warnock*, el que en 1978 replantea las condiciones y los principios que venían orientando a la EE en el mundo, surge el concepto de Necesidades Educativas Especiales (NEE). Un concepto que implica reconocer que:

- Todos los niños son educables. Ningún niño será considerado ineducable.
- La educación es un bien al que todos tienen derecho.
- Los fines de la educación son los mismos para todos los niños.
- La educación especial consistirá en la satisfacción de las necesidades educativas de un niño con el objetivo de acercarse al logro de estos fines.
- Las necesidades educativas especiales son comunes a todos los niños.
- Ya no existirán dos grupos de niños: los discapacitados que reciben educación especial y los no discapacitados que reciben, simplemente, educación.
- Para describir algunos niños que necesitan de alguna ayuda especial se empleará la expresión dificultad de aprendizaje (SERU, 1978, s.p.).

En éste informe el niño con NEE es “...todo aquel, que necesitara una ayuda adecuada a sus problemas educativos ya fuera de carácter temporal o permanente” (SEP, 2010, p. 82). A partir de este momento se empieza a concebir la EE como “...el conjunto de medidas educativas, de recursos materiales y humanos, que deben ofrecerse a todos los alumnos para que éstos alcancen los objetivos académicos y personales propuestos por los centros” (SEP, 2010, p. 174).

Para 1981 dicho informe inspiró la nueva Ley de Educación en Gran Bretaña, en la que se consideró que un niño o niña requiere de apoyos si tienen alguna dificultad en sus aprendizajes, para lo cual se deben ofrecer medidas educativas especiales que permitan que estos niños tengan las condiciones para aprender independientemente de que no pueden hacer algunas actividades al mismo ritmo que el resto de sus compañeros. Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) definió a la EE como:

...una forma de educación destinada a aquellos sujetos que no alcanzan o es improbable que alcancen, a través de las acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad, y que tiene por objetivo promover su progreso hacia estos niveles (SEP, 2010, p. 122).

Esto dejó claro que para lograr la IE era necesario priorizar las ayudas pedagógicas de acuerdo a las NEE de los alumnos, buscando alcanzar los objetivos planteados en los proyectos educativos de cada nación. De ésta manera en México, surgen los servicios indispensables y los servicios complementarios: los primeros son los centros de educación temprana, escuelas de educación especial y centros de capacitación de educación especial, estos estaban separados de los centros de educación regular y sólo tenían acceso a ellos los menores con discapacidad; mientras que en los servicios complementarios se atendían a aquellos estudiantes inscritos en la ER que presentaban dificultades de aprendizaje, aprovechamiento, lenguaje y conducta, los espacios en los que se atendían eran los Centros Psicopedagógicos (CP), los Grupos Integrados (GI)² y las Unidades de Atención a Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS).

Otro de los sucesos trascendentales en la política educativa internacional y nacional es el encuentro que se realiza en Jomtien, Tailandia, en el año de 1990, donde se emite la *Declaración Mundial sobre Educación para Todos*; promovida y monitoreada por cinco organismos internacionales (UNESCO, UNICEF, PNUD, BM y FNUAP³). Se trataba de un encuentro cuyos objetivos eran satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de todo niño, joven y adulto, partiendo de una “visión ampliada”, donde se tome en cuenta la universalización del acceso a la educación y el fomento de la equidad. Ello implicaba poner el aprendizaje como el principal foco de atención, así como ampliar los medios y los alcances de la Educación Básica y con base en ello mejorar el ambiente para el aprendizaje. Así

² Los Grupos Integrados B para niños con deficiencia mental leve.

Los Grupos Integrados A atendían a alumnas y alumnos inscritos en la educación básica general, que presentaban dificultades de aprendizaje, aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta (SEP, 2006, pp. 7-8).

³ UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)

UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia)

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)

BM (Banco Mundial)

FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas)

mismo, se demandó eliminar la discriminación, promover una educación igualitaria, de calidad, adecuada a las condiciones de aprendizaje de cada sujeto y con la participación activa de todo educando.

En esta misma declaración se expresa la necesidad de "...desarrollar políticas de apoyo en los sectores social, cultural y económico para poder impartir y aprovechar de manera cabal la educación básica con vistas al mejoramiento del individuo y de la sociedad" (UNESCO, 1990, p. 13). Teniendo en cuenta que:

...todos los niños, jóvenes y adultos, en su condición de seres humanos tienen derecho a beneficiarse de una educación que satisfaga sus necesidades básicas de aprendizaje en la acepción más noble y más plena del término, una educación que comprenda aprender a asimilar conocimientos, a hacer, a vivir con los demás y a ser. Una educación orientada a explotar los talentos y capacidades de cada persona y desarrollar la personalidad del educando, con objeto de que mejore su vida y transforme la sociedad (UNESCO, 2000, p. 8).

Tres años después de esta Declaración, se generan las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, documento en donde se señaló la necesidad de que los países adquirieran el compromiso moral y político de tomar medidas para lograr la igualdad de oportunidades. En éstas:

Se destacan esferas de importancia decisiva para la calidad de vida y para el logro de la plena participación y la igualdad. [...] [Así mismo] constituyen un mecanismo normativo y de acción para las personas con discapacidad y para sus organizaciones. También sientan las bases para la cooperación técnica y económica entre los Estados, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales (ONU, 1993, p. 6).

El conjunto de estas Normas, orientadas a lograr la igualdad de derechos y obligaciones, así como el establecer la libre participación y desarrollo de las personas con discapacidad dentro de la sociedad, para ello, los Estados tienen la responsabilidad de velar que se cumpla, mediante la aplicación de las medidas necesarias en todos los ámbitos (médico, educativo, de participación social, laboral, etcétera). Cabe aclarar, que no es obligatorio que los países apliquen estas normas, si bien se espera que se tomen en cuenta al momento de elaborar sus políticas educativas y nacionales.

En este mismo año, en México se publicó la *Ley General de Educación* que en su artículo 39 señala que la EE forma parte del *Sistema Educativo Nacional* (SEN). Mientras que el artículo 41, establece que: “La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes” (Consultado 26/11/2012, en página Web:<http://educacionespecial.sep.df.gob.mx/educacioninclusiva/documentos/PoliticaNacional/LeyGralEducacion.pdf>), esta educación propiciaría la integración de los educandos con NEE a la Educación Básica regular y procuraría la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje de todos los educandos para una convivencia social y productiva. Así mismo se estipuló que la EE incluía a los padres de familia, maestros y demás personal de las instituciones de educación regular que estén en contacto con alumnos con NEE y que éstos recibirán orientación para llevar a cabo acciones en beneficio de la escuela y del propio alumno.

Posteriormente en México, como consecuencia de la suscripción del *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica* en 1992 y como parte de la reforma al artículo 3o constitucional y de la *Ley General de Educación* se reorientaron y reorganizaron los servicios de EE, promoviendo la IE y reestructurando los servicios existentes hasta ese momento (indispensables y complementarios); sin embargo, hasta este año la EE no tenía cabida en las escuelas regulares, ya que existían escuelas especiales divididas por discapacidad y en áreas donde esas personas obtenían sus certificados de primaria, que se conocían como certificados de “primaria especial”, los que no tenían validez legal y, por lo tanto, no les permitía seguir con sus estudios: sólo servían para “conseguir un trabajo”.

En 1994, a nivel mundial, se retomaron las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad* para ser consideradas en la *Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales*, para fortalecer la idea de que las personas con discapacidad se

integren a los sistemas educativos de todos los países. De ahí que esta declaración tuvo como objetivo: "...informar la política e inspirar la acción de los gobiernos, las organizaciones internacionales y nacionales de ayuda a las organizaciones no gubernamentales y otros organismos..." (UNESCO, 1994, p. 5). Otro aspecto importante de esta declaración es que se aborda el término de NEE para referirse a "...todos los niños y jóvenes cuyas necesidades se derivan de su capacidad o sus dificultades de aprendizaje" (UNESCO, 1994, p. 6).

La propuesta que se acoge en el Marco de Acción es la de *Educación para Todos* manteniendo la firme idea de que las escuelas deben atender a todos los niños, independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, etcétera. De esta manera, se pretendía que los niños y jóvenes con NEE sean considerados dentro de los planes educativos, lo que da como resultado la creación de las escuelas integradoras donde se desarrolla una pedagogía centrada en el niño con la que se espera:

...reconocer las diferentes necesidades de sus alumnos y responder a ellas, adaptarse a los diferentes estilos y ritmos de aprendizaje de los niños y garantizar una enseñanza de calidad por medio de un programa de estudios apropiado, una buena organización escolar, una utilización atinada de los recursos y una asociación con sus comunidades (UNESCO, 1994, pp. 11-12).

El principio rector que se debe seguir en todas las acciones para elaborar la política del sistema educativo en pro de la integración de las personas con NEE es el de igualdad, así mismo se exhorta a los países a hacer efectivas las leyes sobre educación, a procurar la igualdad de oportunidades de acceso a la educación y principalmente fomentar y propiciar la creación de escuelas integradoras mediante las políticas educativas y los apoyos financieros necesarios. Para conseguir una educación para todos "Será necesario introducir [cambios] para contribuir al éxito de las escuelas integradoras: programa de estudios, edificios, organización de la escuela, pedagogía, evaluación, dotación de personal, ética escolar y actividades extraescolares" (UNESCO, 1994, p. 21).

Los cambios que se hagan en las instituciones también son necesarios para mejorar la calidad de la enseñanza, cambios que sólo se podrán palpar si se adoptan sistemas educativos flexibles que tengan en cuenta las NEE de los niños, siendo una figura relevante la del profesor, de quien se espera que posea:

Los conocimientos y las aptitudes [...] de una buena pedagogía, este es, [contar con] la capacidad de evaluar las necesidades especiales, de adaptar el contenido del programa de estudios, de recurrir a la ayuda de la tecnología, de individualizar los procedimientos pedagógicos para responder a un mayor número de aptitudes, etc. (UNESCO, 1994, p. 27).

Para ello los profesores de las escuelas regulares requieren del apoyo del personal de EE, de tal manera que puedan hacer las adecuaciones curriculares que requieren todos los niños, en especial los que tienen NEE. Ya que:

La inserción del niño debe conducir, como resultado de la reflexión, la programación y la intervención pedagógica sistematizada, a su integración; además de inscribir al alumno en la escuela regular es necesario ofrecerle, de acuerdo con sus necesidades particulares, las condiciones y el apoyo que precise para que desarrolle plenamente sus posibilidades. Sólo de este modo la inserción se convierte en integración (SEP, 2002, p. 13).

Con todo esto se pretende la formación de una sociedad que respete las diferencias y promueva "...la cooperación de las familias y la movilización de la comunidad y de las organizaciones de voluntarios así como el apoyo de todos los ciudadanos" (UNESCO, 1994, p. 37). Para esto se pide la participación de los medios de comunicación para que mediante la influencia que ejercen en la sociedad, puedan fomentar actitudes propicias para la integración de las personas con discapacidad y de igual manera proporcionen información sobre la discapacidad reconociendo el potencial que pueden llegar a tener las personas que la presentan.

México fue uno de los países que participó activamente en la realización de esta declaración, en la que además de formularse principios y políticas generales que impulsaron la IE en los países convocados, también sirvió para diseñar un marco de acción específico con recomendaciones puntuales para lograr esta integración.

Recurso normativo que serviría de guía a los gobiernos para implementar dicho enfoque.

Mientras que el término IE, hace mención de las NEE permanentes o temporales de los alumnos y alumnas, también, admite como origen las diferencias del aprendizaje y fomenta las adaptaciones curriculares grupales y las adaptaciones curriculares individualizadas que parten del diseño curricular ordinario. “La integración escolar [es] un proceso que pretende unificar las educaciones ordinaria y especial con el objetivo de ofrecer un conjunto de servicios a todos los niños, en base a sus necesidades de aprendizaje” (Birch. *Apud.*: Bautista, 2002, p. 39).

Como indica Soder, hay diferentes tipos de integración:

- a) La integración física: la actuación educativa se lleva a cabo en centros de Educación Especial construidos junto a centros ordinarios, pero con una organización segregada; de esta manera se comparten espacios comunes, como el patio o los comedores.
- b) Integración funcional: se considera que ésta se articula en tres niveles de menos a mayor integración funcional:
 - Utilización de los mismos recursos por parte de los alumnos deficientes y los alumnos de centros ordinarios, pero en momentos diferentes.
 - Utilización simultánea de los recursos por parte de los dos grupos.
 - Utilización de algunas instalaciones comunes, simultáneamente y con objetivos educativos comunes.
- c) Integración social: supone la inclusión individual de un alumno considerado deficiente en un grupo-clase ordinario. Sería la única forma verdadera de integración, según algunos.
- d) Integración a la comunidad: es la continuación, durante la juventud y la vida adulta, de la integración escolar (*Apud.*: Bautista, 2002, p. 40).

Acorde con la observación de Soder la IE se da cuando el niño con NEE participa de un modelo educativo, contemplando las diferencias y necesidades de cada uno de éstos.

Con la finalidad de seguir impulsando la IE en el mundo, en el mes de marzo de 1997 en Oaxaca, se llevó a cabo la *Conferencia Nacional sobre la Atención Educativa a Menores con NEE: Equidad para la Diversidad*, los objetivos fueron:

...unificar conceptos y criterios en torno a la prestación de los servicios educativos para los menores con necesidades educativas especiales en el contexto de la diversidad, conocer el estado actual de la integración educativa y escolar en las diferentes entidades federativas, y compartir experiencias sobre este particular, definir, a partir de los fundamentos normativos curriculares de la Educación Básica, los requerimientos de flexibilidad, pertinencia y equidad para la atención educativa a la población con necesidades educativas especiales, con o sin discapacidades, y, definir propuestas y recomendaciones para configurar la prospectiva de la atención a las necesidades educativas especiales, en el marco de la diversidad de la Educación Básica en México, con la corresponsabilidad de los agentes educativos (SEV, s.a., s.p.).

Para el 2000 se crearon en Campeche, Baja California y Nuevo León *Centros Regionales de Recursos de Información y Orientación* (CREO), cuya función era la de: "...dar información y orientación al público en general sobre las distintas discapacidades (visual, auditiva, motora, intelectual y autismo) y sobre las necesidades educativas especiales, así como de los servicios educativos que atienden a esta población" (Castellano, 2006, p. 9). Esto estuvo apoyado por el secretario de educación pública Miguel Limón Rojas y con financiamiento del *Fondo Mixto de Cooperación Técnica y Científica de México-España*. Centros que sirvieron para identificar a las personas que tenían discapacidad de la entidad y en donde se les ofrecía orientación a ellos y los familiares sobre sus derechos y obligaciones.

Las acciones tanto internacionales como nacionales que se han abordado a lo largo de este capítulo han ejercido una influencia sobre el establecimiento del SEM, fijando estrategias de acción y planes para movilizar los recursos que se necesiten para superar las situaciones de discriminación en todos los ámbitos (social, laboral, educativo, político, etcétera) pasando de la implementación del modelo de EE al modelo de IE. Un proceso que en el caso de México se ha implementado en la educación básica: preescolar, primaria y secundaria.

1.2. La integración educativa en el nivel preescolar

Si bien en los textos especializados no se sabe con precisión cómo surge la EE en preescolar, lo que sí se sabe es que a principios del siglo XIX, ésta era una

práctica educativa que realizaban, principalmente, institutrices o profesoras que eran contratadas para la atención y educación de los niños menores que tenían alguna discapacidad, caso ejemplar el de Helen Keller la que tuvo la fortuna de tener una institutriz como Anne Sullivan, quien le enseñó a leer y a comunicarse con los demás para poder así tener una vida integra.

En ese periodo y debido a los procesos de incorporación de las mujeres al campo laboral a nivel mundial, se empezó a generar la necesidad de contar con un espacio en el que los niños menores (de 3 a 6 años, aproximadamente), pudieran permanecer y recibir la educación que antes les prodigaban sus madres. Contexto en el que surge el pedagogo suizo Johan Enriche Pestalozzi, quien de 1805 a 1825 abogó por una educación para todo el pueblo y no sólo para los miembros de la aristocracia y la burguesía⁴.

Bajo estos principios se forma Federico Guillermo Augusto Froebel, discípulo de Pestalozzi que para 1826, empieza a impulsar la idea de que la educación institucionalizada del hombre se debe iniciar desde su niñez. Una educación en la que se consideraba que el juego era el medio más adecuado para introducir a los niños al mundo de la cultura, la sociedad, la creatividad y a través del contacto con la naturaleza. De ahí que "...para Froebel, la educación tenía la gran tarea de ayudar al hombre a conocerse a sí mismo y vivir en paz y unión con Dios" (Consultado 08/05/2013, en página Web: <http://federicofroebelenlahistoria.blogspot.mx/p/propuesta-pedagogica.html>).

Para él esta educación inicial se debería de ofrecer en lo que él llamó *kindergarten* (jardines de la infancia), a partir de la metáfora del *árbol* de su maestro Pestalozzi. Una educación que él veía como una extensión del hogar, y que lo llevaba a reconocer, desde sus preceptos religiosos, que el modelo de profesor a seguir es la de Jesucristo, es decir: "...debe de manifestarse como guía experimentado y

⁴ Para Pestalozzi los niños son como árboles que deben ser correctamente fertilizados y regados por el educador a fin de que éstos desarrollen sus facultades ocultas. Por tanto la tarea del educador es vigilar que éstas se desarrollen ofreciendo las condiciones necesarias para ello (Larroyo, 1980, p. 495).

amigo fiel que con mano flexible y firme, exija y oriente” (Consultado 08/05/2013, en página Web: <http://federicofroebelenlahistoria.blogspot.mx/p/propuesta-pedagogica.html>).

Este tipo de educación tarda en llegar a México, por lo que en: “...la ley de 1842, [se decía que...] la enseñanza elemental [donde no se incluía la de párvulos] sería obligatoria para todos los niños de siete a quince años de edad en toda la República” (Galván & Zúñiga, s.a., s.p.). Es decir, no existía la educación preescolar, sin embargo, para 1883, las ideas froebelinas empiezan a llegar a México, básicamente a través de los profesores Galván, Zúñiga y Laubscher que abren en Veracruz el primer Centro de Párvulos, en el que se educaba a través del canto, el juego libre y gimnástico. Un centro que se encargó de ofrecer atención y educación a niños menores que todavía no alcanzaban la edad para entrar a la educación elemental, punto de partida de lo que será la Educación Preescolar en nuestro país.

Ya para 1887 en México se creó la *Escuela Normal para Profesores*, la que se encargaría de formar a los docentes tanto de Educación Primaria como de Educación Preescolar, institución que ofrecía a estos últimos una formación en:

- a) Dones de Froebel
- b) Principios de lecciones de cosas
- c) Cálculo objetivo hasta el número diez
- d) Nociones sobre los tres reinos de la naturaleza
- e) Cultivo del lenguaje
- f) Nociones sobre historia patria y universal
- g) Nociones de moral
- h) Instrucción cívica
- i) Canto coral
- j) Trabajos de horticultura
- k) Cuidados de animales domésticos (Galván & Zúñiga, s.a., s.p.).

En este mismo año, en el artículo 9° del reglamento de esta institución, se establece que es necesario tener una escuela para párvulos (niños de 4 a 7 años de edad), en la que los futuros docentes realicen prácticas escolares y

observaciones sobre cómo conducir el trabajo en el aula y cómo tratar y atender a los niños de esta edad.

Ya para 1907 esta denominación se modifica por la de *kindergarten*, término de origen alemán que en Europa se empleaba para referir las instituciones de educación preescolar y que se consideró como más adecuado dadas sus funciones (el cuidar y alimentar a los niños que en éstas permanecían, sobre todo, por la mañana). Tres años después este germanismo se sustituye por el de “Jardín de Niños” o “Jardín de la Infancia”, con la finalidad de castellanizar el término y como una traducción más cercana al concepto propuesto por Froebel.

Siendo Adolfo de la Huerta presidente de la República Mexicana, en 1920, se ve la necesidad de reorganizar el Sistema Educativo Nacional (SEN), asignando dicha responsabilidad a José Vasconcelos para que organizara la educación en el país bajo los principios y proyectos derivados de la Revolución. Un año después, el 3 de junio de 1921, la profesora Estefanía Castañeda encabezó un grupo de educadoras exigiendo la modificación del artículo 73 constitucional, con la finalidad de que la Educación Preescolar se considerara como uno de los niveles educativos. Esta demanda para 1932, logró sus objetivos y permitió que en todas las delegaciones de la Ciudad de México existieran Jardines de Niños. Incluso se vio la conveniencia de que algunos de éstos quedaran en las zonas fronterizas de las delegaciones, con la finalidad de captar a los niños campesinos que en ese momento era gran parte de la población de esta edad. En cada uno de los planteles había grupos de padres que junto con las educadoras trabajaban en beneficio de los niños (Galván & Zúñiga, s.a, s.p.).

Ya con el gobierno de Cárdenas (1934-1940), se decretó que la educación preescolar fuera vinculada a la *Dirección de Asistencia Infantil*, misma que en 1938 pasó a ser la *Secretaría de Asistencia Social*. Al inicio del sexenio del presidente Ávila Camacho, se trasladó dicho nivel escolar a la *Secretaría de Educación Pública* (SEP), por lo que se crea el *Departamento de Educación*

Preescolar (DEP). Para institucionalizar la atención de los niños con NEE en edad preescolar, en 1965 se crean dentro de este departamento los *Laboratorios de Psicotécnica de Preescolar*, los que tenían como “...objetivo [...] prestar atención psicopedagógica a los niños que asisten al jardín de niños y que presentaban leves alteraciones de lenguaje, conducta y de psicomotricidad” (Romero, 2003, p. 18).

Según la Mtra. A⁵ estos Laboratorios: *...surgen bajo la gestión de la profesora Beatriz Ordóñez Acuña titular de la Dirección General de Educación Preescolar, quien hace patente su interés por ver la manera de cómo pueden ser atendidos los pequeños de preescolar que presentan ciertas dificultades o alteraciones en su desarrollo y que dificultan su formación, lo que la lleva a impulsar su creación y ofrecer todos los recursos pedagógicos que éstos requerirían para su funcionamiento* (Mtra. A, 10/10/2012).

El grupo de especialistas a cargo de los niños dentro de los Laboratorios se fue incrementando debido a la creciente demanda, sobre todo con “educadoras terapeutas del lenguaje”, que tenían la función de observar, identificar y dar terapia de lenguaje a los niños que lo requirieran. Todo esto a partir de observaciones que realizaban en los Jardines de Niños y que les permitía identificar los casos con algún retraso, para no tener que sacarlos de los salones y así poder ofrecerles la atención necesaria para que se pudieran regularizar.

Un año después, para 1966, el número de laboratorios se incrementó a cinco y se distribuyeron en distintas zonas del Distrito Federal (DF), quedando anexos a algún Jardín de Niños. Tres años después, para 1968, estos laboratorios cambian de nombre por el de *Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía* y que requerían de más personal. Para ello, la SEP estableció un convenio con la *Secretaría de Salubridad y Asistencia*, con la finalidad de ofrecer capacitación preparatoria a las

⁵ Por confidencialidad nombramos “Mtra. A” a la maestra que nos brindó información acerca de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar, misma que trabaja en la Coordinación de Educación Preescolar de la ciudad de México.

educadoras que tuvieran interés por realizar acciones de apoyo a los niños que eran integrados a estos laboratorios. Capacitación que se ofreció hasta 1975 (Mtra. A, 10/10/2012).

En este mismo año (1968), estos laboratorios cambian de nombre por el de *Laboratorios de Psicología*, cuya función era ofrecer apoyo psicopedagógico a los niños que lo requirieran. Como indica la Mtra. A: *El trabajo se inició en un pequeño espacio dentro de las instalaciones de la SEP ubicadas en el centro histórico de la ciudad de México, en donde las condiciones físicas y materiales no eran las idóneas, sin embargo se compensó con la dedicación y entrega de las integrantes del incipiente Laboratorio* (Mtra. A, 10/10/2012).

Ya para 1969 estos laboratorios amplían sus actividades y empezaron a trabajar, con niños que presentaran deficiencia mental⁶, esto debido a que habían identificado que gran parte de los escolares que eran atendidos por problemas de lenguaje, también presentaban dicha discapacidad. De acuerdo con la Mtra. A: *[Esto] dio pie a que se formaran las primeras coordinaciones técnicas al interior del Laboratorio: una de grupos anexos de terapias de lenguaje y deficiencia mental y otra para coordinar personal técnico y administrativo de áreas centrales* (Mtra. A, 10/10/12).

Cuatro años después, en 1972, estos laboratorios nuevamente son rebautizados con el nombre de: *Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía*, debido a que en ese momento la oferta terapéutica se había ampliado, para ofrecer atención a niños con problemas de conducta. Esto requirió que las educadoras se formaran en las teorías sobre el desarrollo del niño preescolar y respecto de estrategias de trabajo para atender sus necesidades educativas.

Debido a los resultados obtenidos con los niños y al crecimiento de la demanda, el espacio con que se contaba para estos laboratorios fueron las instalaciones de la

⁶ Es conveniente indicar que los niños con Deficiencia Mental estaban en grupos especiales a cargo de una educadora especialista en la deficiencia y que se hacía cargo de sus terapias.

SEP, las cuales resultaron insuficientes, por lo que se consideró conveniente reubicarlo en las instalaciones de General León # 56 (Mtra. A, 24/10/2012).

Este tipo de atención se continuó hasta que la *Dirección de Educación Especial* (DEE⁷) en donde determinó y acordó que la población de niños con deficiencia mental media y profunda sería responsabilidad de *Educación Especial, quedando como población de los “Grupos de Nivel”, del Laboratorio de Psicología, los niños con Deficiencia Mental leve* (Mtra. A, 24/10/2012).

Posteriormente en el DF se formaron los grupos de maduración para favorecer a los niños que aun habiendo terminado el Jardín de Niños, y sin tener deficiencia mental, requerían más estimulación y elementos diferentes para acceder sin tropiezos al primer grado de primaria. El programa de estos grupos buscó fortalecer las potencialidades del niño estimulando con esto las áreas débiles. *Trabajando coordinadamente con los padres de familia haciéndolos responsables de su papel, entendiendo que la comunidad educativa la forman los padres, maestros, especialistas, etcétera* (Mtra. A, 29/10/2012).

Poco después se crearon de manera experimental, los grupos para atender a la población que presentaba el síndrome de *Disfunción Cerebral Mínima* (actualmente llamado *Trastorno por Déficit de Atención: TDA*). Los cuales se iniciaron a partir de una investigación que se llevó a cabo en conjunto con el *Hospital Psiquiátrico Infantil*, en donde se realizó un seguimiento de los niños atendidos hasta el 3° grado de primaria, postulando que si estos niños eran tratados a tiempo se evitarían problemas en su seguridad personal, su aprendizaje y se podrían prevenir conductas delictivas, por lo que en el momento que se identificaban pasaban a los grupos del Laboratorio en donde recibían una estimulación integral, los resultados de esta investigación se publicaron en la *Revista de Investigaciones Clínicas Latinoamericanas* con el título: “Investigación

⁷La Dirección de Educación Especial es el resultado del proceso de federalización de la educación pública en México, que tuvo lugar a partir de 1992, con la firma del *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica* (ANMEB).

del Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima: Psicopedagogía y Tratamiento Medicamentoso” (Mtra. A, 29/10/2012).

Como parte de esta investigación, surge el símbolo que hasta la fecha identifica al que ahora llamamos CAPEP, dicho lo podemos ver en la imagen 1.

IMAGEN 1



(CAPEP, consultado 30/11/2012, en página Web: <http://capepyucatan.blogspot.mx/2009/11/capep-es-un-servicio-de-educacion.html>).

Para 1974 se continúa con la expansión del servicio *Laboratorio de Psicología* en el país, con la apertura de núcleos foráneos en: *Aguascalientes, Saltillo, Coahuila, Zacatecas, Mexicali, Baja California, Oaxaca, Morelia, Michoacán, Veracruz, Hermosillo, Sonora, Guanajuato, Guadalajara; Jalisco, Tijuana, Baja California* (Mtra. A, 29/10/2012).

Y un año después, en 1975, se publica el “*Programa que comprende la Educación Especial, Para Niños con Deficiencia Mental Educable en edad Preescolar*”, en el cual se señalaron los objetivos de enseñanza–aprendizaje que se pretendían alcanzar, lo que permitió que en 1976 se abriera el primer edificio para el funcionamiento del Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía “*Beatriz Ordóñez Acuña*” en Coyoacán. *Los objetivos de este Laboratorio en ese momento eran*

brindar atención oportuna a niños preescolares que presentaran problemas de ajuste al nivel escolar, familiar y social; alteraciones de conducta; dificultades de aprendizaje; y problemas lingüísticos. A la vez que se buscaba: poder contribuir a la prevención de tales problemas a través de orientaciones específicas a padres y educadoras; conocer, a través de investigaciones, las características psicológicas y las peculiaridades de desarrollo del niño preescolar; orientar a las educadoras sobre el uso de algunas técnicas de exploración y terapéuticas educativas compatibles con su preparación; y, finalmente, colaborar con la Dirección General de Educación Preescolar en la planeación de actividades y programas que requieran de estas disciplinas (Mtra. A, 05/11/2012).

Posteriormente en 1977 se elaboró el registro de observaciones de la conducta del niño preescolar que es aplicado en los Jardines de Niños y para 1978 se incluyen por primera vez dentro de la estructura y del organigrama: la *Dirección de Educación Preescolar* y el *Departamento de Psicología y Psicopedagogía de Educación Preescolar*; un año después, en 1979, un equipo formado por personal técnico de dicho departamento elaboró el primer *Programa de Educación Preescolar* y la ficha de observación para identificar a niños con problemas de aprendizaje; a la vez que aplicara la prueba de *Goodenough* y *Rutgers*⁸, para tener un diagnóstico del Coeficiente Intelectual (CI o IQ por sus siglas en inglés) y poder establecer el nivel de madurez que tenían los niños de preescolar.

Para continuar con las funciones que venían cumpliendo los *Laboratorios de Psicología*, en 1983, pasaron a tener la denominación de *Centros de Atención Preventiva de Educación Preescolar (CAPEP)*, pero manteniendo sus funciones de EE. Estos centros se fueron abriendo a lo largo de todo el país, sobre todo durante el periodo comprendido entre 1982 a 1994, lo que se muestra en el siguiente cuadro.

8 "La psicóloga Florence Goodenough es la creadora de una técnica que nos permite medir la inteligencia general por medio del análisis de la figura del hombre. Consiste en una única prueba de dibujar un hombre. la evaluación se reduce a computar el número de detalles acertados que inhibe la figura realizada. Se finaliza convirtiendo ese puntaje en edad mental y luego en coeficiente intelectual" (Consultado 16-06-2013 en página web: <http://es.scribd.com/doc/7162304/Test-Good-Enough-de-La-Figura-Humana-Guía-Evaluación>).

CUADRO 1

AÑO	CENTROS ABIERTOS (CAPEP)	
1982	Coyoacán, DF Iztapalapa, DF Tlatelolco, DF	
1983	Azcapotzalco, DF Axotla, DF Balbuena, DF Compostela, Nayarit Cuajimalpa, DF Cuautitlán Estado de México Culiacán, Sinaloa Ixmiquilpan, Hidalgo	Iztacalco, DF Lomas Becerra, DF Matamoros, Tamaulipas Minatitlán, Veracruz Tampico, Tamaulipas Tlalpan, DF Tuxpan, Veracruz
1984	Miguel Hidalgo, DF Taxqueña, DF Gam 1, DF Benito Juárez, DF Magdalena Contreras, DF	Morelia 2, Michoacán Cd. Hidalgo, Michoacán San Juan Del Rio, Querétaro Tecamachalco, Estado de México
1985	Xochimilco, DF Álvaro Obregón, DF Iztacalco 2 Gam 2 Iztapalapa 2	Zacatecas Los Mochis, Sinaloa Aguascalientes 2 Hermosillo 2 Atizapán
1986	Amomolulco Estado de México Jilotepec Villahermosa 2 Cárdenas, Tabasco Macuspana, Tabasco Emiliano Zapata La Paz 2 San Luis Potosí 2	Guadalajara 2 Jalapa 2 Aragón Atizapán 2 Chihuahua 2 Cd. Juárez 2 Tuxtla Gutiérrez 2
1987	Guadalupe Nuevo León Durango 2 Veracruz 2 Querétaro 2	Morelia 3 Lomas de Casa Blanco, Querétaro Los Sauces, Querétaro
1989	Cuernavaca, DF	
1994	Tlalpan 2 Ajusco, DF	

La maestra Reyna María de la Soledad Núñez Márquez nos proporcionó la siguiente cronología de apertura de centros CAPEP.
(Mtra. A, 16/11/2012)

Un periodo que se caracterizó por la expansión del servicio y la sistematización de los programas y metodologías empleadas hasta el momento, en donde la investigación continúa siendo una parte importante del trabajo dentro del *Departamento de Psicología y Psicopedagogía de Educación Preescolar*. Como nos comenta la Mtra. A: *En este año dentro de dicho departamento, en la Oficina de Capacitación y de Evaluación se formó el equipo de capacitadores foráneos que tenían la responsabilidad de asesorar y capacitar al personal de los CAPEP del interior del país (05/11/2012).*

A su vez el profesor Salvador Valdés encargado del CAPEP a nivel nacional, analizó la importancia de consolidar los esfuerzos y programas que se habían

estado manejando de manera aislada en dos grandes proyectos del *Plan General del Departamento de Psicología y Psicopedagogía*, como un primer esfuerzo por consolidar un “Sistema Nacional de Educación Preventiva y de Detección de Alteraciones en el Desarrollo del Preescolar”, un proyecto que no se consolidó y no se llevó a cabo, por cuestiones burocráticas.

Ya para 1985, siete años antes de que se firme el *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (ANMEB)*, se da el cambio de nombre a los CAPEP, manteniendo las mismas siglas pero con diferentes significados, pues éstos pasaron a ser nombrados como *Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar*, que mantenían la responsabilidad de elaborar las evaluaciones y diagnósticos interdisciplinarios de los alumnos que se encontraban en los Jardines de Niños oficiales y que presentaban problemas de adaptación al proceso educativo y dificultades en el proceso de aprendizaje. Evaluaciones y diagnósticos que permitiera a los especialistas de estos centros ofrecer atención psicopedagógica a los niños. *De hecho la normatividad a nivel nacional para los CAPEP, continuó emanando del Departamento de Psicología y Psicopedagogía (Mtra. A, 14/11/2012).*

Un año después, en 1986, se da un cambio interno de funciones y estructura orgánica; el *Departamento de Psicología y Psicopedagogía* se transformó en el *Departamento de Operación de Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar*, dividiéndose en dos instancias: la *Oficina de Instrumentación Normativa* y la *Oficina de Verificación y Análisis*. La primera enfocada a aplicar, evaluar y proponer la actualización de los instrumentos de evaluación así como las técnicas, métodos y programas psicopedagógicos de educación preescolar y la segunda orientada a promover orientaciones a padres de familia y personal docente de educación preescolar a fin de detectar y prevenir carencias en el desarrollo del niño.

Para 1988 la Doctora Xochitl Molina Monroy asume la Jefatura del *Departamento de Operación de Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar*, logrando durante su gestión consolidar los servicios y trabajos iniciados por el Profesor Salvador Valdés.

Ya para 1989, a nivel nacional, se dio un considerable incremento en la demanda de atención de los CAPEP, buscando establecer una estrategia que posibilitara agilizar la detección, recepción y tratamiento de los niños de preescolar que presentaban problemas de aprendizaje o de interacción social, para ello: ...se diseñó y aplicó en la *Coordinación Norte de CAPEP*, la *batería de pre-diagnóstico*, a partir de la *revisión y selección de los instrumentos [...] que se venían manejando en los Centros*. *Rescatando aquellos que permitieran obtener una primera impresión diagnóstica y tomar la decisión más adecuada para la atención de estos niños* (Mtra. A, 14/11/2012). Ella misma indica: *Dos años después, en 1991, se elaboran los paquetes normativos de las diferentes áreas de especialidad, mismos que regularían los servicios de CAPEP en toda la República Mexicana y se elabora la “Guía de Observación para la Detección de los Preescolares que presentan alteraciones en el desarrollo”, la cual es publicada y distribuida en todos los Jardines de Niños. Así mismo, se edita la “Guía de Actividades para el programa de Estimulación Múltiple” como un elemento más para enriquecer la intervención psicopedagógica dentro de estos grupos* (16/11/2012).

Ésta permitió que se hicieran detecciones oportunas de los problemas de desarrollo de los niños en edad preescolar y el que los niños, independientemente de su condición de “normalidad”, recibieran de sus profesores estimulación múltiple con base en lo establecido en la *“Guía de Actividades para el Programa de Estimulación Múltiple”*.

Un año después, para 1992 se da la firma del ANMEB, en el que se establece que:

La reorientación y reorganización de los servicios de educación especial tuvo dos propósitos principales: por un lado, combatir la discriminación, la segregación y el etiquetaje derivado de la atención a las niñas y los niños con discapacidad, que se encontraban separados del resto de la población infantil y de la educación básica general; [ya que] la atención especializada era principalmente de carácter clínico-terapéutico y, en ocasiones, atendía con deficiencia otras áreas del desarrollo, como el aprendizaje de la lectura, la escritura y las matemáticas. Por otro lado, dada la escasa cobertura lograda hasta 1993, se buscó acercar los servicios de educación especial a los alumnos y las alumnas de educación básica que los requerían (SEP, 2006, p. 8).

Esto llevó a que en 1993 la SEP decidiera que los CAPEP sean los centros responsables de proporcionar en Jardines de Niños regulares la atención a los alumnos inscritos que presentan signos de inmadurez, alteraciones leves en el desarrollo (problemas de lenguaje, conducta y aprendizaje) o alguna discapacidad que no impida su asistencia; y con la finalidad de que recibieran la atención necesaria que les permitiera superar en corto tiempo sus NEE, pero dentro del sistema educativo regular. Para ello, estos centros tenían que operar en los mismos horarios de los Jardines de Niños, con la finalidad de que cumplieran una función de apoyo para la IE: el nuevo enfoque del SEN. Con ello la SEP "...promovió la transformación de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) en servicios de apoyo a la integración educativa en los jardines de niños" (SEP, 2006, p.9).

Dicha transformación de las funciones de los CAPEP, se vio vigorizada con base en lo establecido en el *Programa Nacional de Fortalecimiento a la Educación Especial*, dado que en él se establecía que las personas con discapacidad debían ser integradas a la educación regular. Sin embargo, es conveniente indicar, que en el proceso de reorientación de los servicios de EE de todo el país, los CAPEP no estuvieron implicados, debido a que eran parte del Subsistema de Educación Preescolar. Un año después, para 1994 la *Dirección de Educación Preescolar* de la SEP, pierde su carácter nacional, debido a la federalización⁹ del SEN, por lo

⁹ "...Consiste en la transferencia del personal, las escuelas y los recursos de esos servicios educativos del gobierno federal a los gobiernos de los estados, al mismo tiempo que el gobierno federal conserva y refuerza sus facultades normativas sobre el conjunto del sistema educativo nacional" ARNAUT, Alberto (1998). *La federalización Educativa en México. Historia*

que a partir de este año cada entidad administra los servicios de este nivel, quedando la DEE como la responsable de normar, orientar y evaluar los servicios de CAPEP a nivel nacional y de administrar los del DF.

En este mismo año se difunde de manera significativa el concepto de NEE, sobre todo a partir de la *Declaración de Salamanca*, donde se habla de los principios, política y práctica que se deben desarrollar con la población de niños y niñas que las presentan; un sector de la población que:

...en relación con sus compañeros de grupo, enfrentaba dificultades para desarrollar el aprendizaje de los contenidos consignados en el currículum escolar, requiriendo que a su proceso educativo se incorporen mayores recursos o recursos diferentes a fin de que logre los fines y objetivos curriculares (SEP, 1994, p. 5).

Nos comentó la Mtra. A que en 1996 los CAPEP sufren un momento de incertidumbre, porque inicia una etapa de crítica y descalificación hacia la función que cumplen éstos en diversos foros, debido al modelo de intervención que seguían y que se fundamentaba en supuestos teórico-metodológicos educativos. *Estas críticas no asustaron al personal de los CAPEP, al contrario le dieron el impulso y fortaleza para analizar y reflexionar sobre lo realizado hasta el momento, a la luz de los avances en el conocimiento del desarrollo infantil y las políticas de integración educativa, defendiendo ante todo la convicción de siempre tratar de hacer lo mejor para los niños preescolares en desventaja* (Mtra. A, 20/11/2012).

Sin embargo y a pesar de lo que indica la Mtra. A, para finales de los años 90 en el marco que sustentaba las políticas de IE, se reorientaron los servicios de CAPEP, replanteando los fundamentos teórico-metodológicos, los materiales educativos y las estrategias de apoyo a la ER en los Jardines de Niños.

Ya para el siglo XXI, la IE empezó a ser cuestionada a nivel mundial sobre todo a partir de los planteamientos de Booth y Ainscow en los que se consideraba que la

del debate sobre la centralización y la descentralización educativa (1889-1994). México: Colegio de México, p. 237. Recuperado de: [http://www.politicaygobierno.cide.edu/num_anteriores/Vol_I_N2_1994/Arnaut.pdf].

inclusión se relaciona con un exhaustivo análisis de todas las formas a través de las cuales los centros escolares pueden marginar o excluir al alumnado (Booth & Ainscow, 2000, p. 21). De ahí que en este trabajo, el concepto NEE no se utilice porque el enfoque con el que se asocia tiene un cierto sentido etiquetador y limitaciones para resolver las dificultades educativas, constituyéndose en una barrera para el desarrollo de prácticas inclusivas en los centros educativos. De hecho en el Index de Booth y Ainscow se plantea que al “etiquetar” a un alumno como NEE se generan expectativas más bajas en los educandos. “Además, el hecho de centrarse en las dificultades que experimentan los alumnos que están 'etiquetados' puede desviar la atención de las dificultades que experimentan otros alumnos” (Booth & Ainscow, 2000, p. 22).

1.3. El cambio de enfoque en preescolar: de la integración educativa a la educación inclusiva

El siglo XX está marcado por la globalización, lo cual se puede considerar como una técnica formadora o de intervención en la conciencia humana para redefinir la vida social, desde las costumbres y actitudes hasta las creencias religiosas, en función de la tecnología y el mercado, hecho que marca una dependencia recíproca de los sistemas económicos y de la vida social y cultural entre países con el fin de unificar estos tres ámbitos.

Por ello, lo ideal, sería que se prepararan profesionistas que se desenvuelvan favorablemente dentro del campo laboral en los distintos ámbitos de intervención emergentes y así dar respuesta a las problemáticas por las que atraviesa cada país. La educación es, en este contexto, un medio y un fin para abatir las diferencias globales: un medio para ir eliminando rezagos; un fin, para alcanzar una equidad e igualdad de oportunidades para todos. Las políticas educativas resaltan la obligación del Estado de brindar educación a toda persona considerando que:

La falta de acceso a la educación, o su limitado alcance en cuanto a cobertura y calidad, se convierte en una de las fuentes generadoras de la desigualdad cultural y colocan a la educación en el centro del debate en el análisis para la superación de la exclusión (Bell, Romeu & Martínez, 2010, p. 55).

Para lograr este objetivo es preciso que se consolide y fortalezca el sistema educativo y para ello es necesario que las instituciones educativas brinden un servicio de calidad.

Estas demandas se abordaron en el *Foro Mundial sobre la Educación, Marco de Acción de Dakar-Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos*, celebrado en el año 2000, sus objetivos se orientaron a brindar antes del año 2015 una enseñanza primaria gratuita y obligatoria pero de buena calidad y principalmente, garantizar el acceso de todos los niños a una educación integral, especialmente a los niños más vulnerables y desfavorecidos sin importar el género para permitir el acceso a la educación. Además se insta a los países a velar por que las necesidades de aprendizaje sean atendidas mediante la oferta de un aprendizaje adecuado y programas de preparación para la vida activa. Ya que:

...incumbe a los gobiernos la función primaria de formular las políticas de atención y educación de la primera infancia en el contexto de los planes nacionales de EPT, movilizar apoyo político y popular y promover programas flexibles y adaptables, destinados a los niños, que sean adecuados a su edad y no simplemente una extensión del sistema escolar formal (UNESCO, 2000, p. 15).

Para ello se hizo una llamada de atención a los Estados, para que atendieran estas complejas problemáticas, a través de implantar:

...en sus políticas públicas educativas la mejora de la cobertura en educación inicial; garantizar el acceso y la permanencia de las niñas y niños en la educación básica, fortalecer la educación de calidad a la población, enfatizando la atención a las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad: priorizar a la escuela y al aula como ambientes de aprendizaje. Un imperativo prioritario consistió en la formulación de políticas educativas inclusivas y el diseño de currículos diversificados, para atender a la población excluida por razones individuales, de género, lingüísticas o culturales; finalmente, crear los marcos necesarios para que la educación sea una tarea de todos (SEP, 2010, p. 228).

Para este mismo año, se elabora el *Índice de Inclusión: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*, que integra un conjunto de materiales que facilitan el desarrollo de una Educación Inclusiva (EI) dentro de los centros escolares y cuyo “...objetivo es construir comunidades escolares colaborativas que fomenten en todo alumnado altos niveles de logro” (Booth & Ainscow, 2000, p. 7). Estos materiales, guían el proceso de autoevaluación de los centros educativos en cuanto a la cultura, política y las prácticas que se ejercen para facilitar el desarrollo de una Educación Inclusiva (de aquí en adelante EI). Es así como se da inicio a la EI, como enfoque para la educación de las personas que enfrentan Barreras para el Aprendizaje y la Participación (BAyP). Lo cual incita a los docentes a trabajar colaborativamente para construir iniciativas para garantizar el aprendizaje y la participación de los alumnos.

En dicho index se remarca que:

...la inclusión no tiene que ver sólo con el acceso de los alumnos y alumnas con discapacidad a las escuelas comunes, sino también y de manera contundente, con las acciones de eliminar o minimizar las barreras para el aprendizaje y la participación de todo el alumnado (SEP, 2010, p. 229).

El hecho de que el término NEE se haya sustituido por el término de “BAyP” tiene como objetivo que los profesores enfoquen su trabajo educativo a los alumnos en desventaja o excluidos.

Las barreras para el aprendizaje y la participación refieren aquellos factores del contexto que dificultan o limitan el pleno acceso a la educación y a las oportunidades de aprendizaje de los alumnos y alumnas. Según Tony Booth (2000), las barreras para el aprendizaje y la participación aparecen en la interacción del alumno en los diferentes contextos: con las personas, las políticas, las instituciones, las culturas y las circunstancias sociales y económicas (Consulta 22/11/12, en página Web: <http://misgabiflorestorres.blogspot.es/>).

En México, la definición de BAYP, se implementa por primera vez en el nuevo modelo de atención en EE producto de la Reforma Integral de Educación Básica (RIEB 2006). Al delimitar las BAYP existe cierta relación con los retos y

compromisos que asume el SEN en la RIEB, las cuales se enlistan de acuerdo a las prioridades y jerarquías, estableciéndose que:

- Lograr reducir las brechas en el acceso a la Educación Básica y a la capacitación para el trabajo entre las y los alumnos de los diferentes grupos vulnerables.
- Atender a la segregación de estudiantes en los centros escolares. Esto tiene dos efectos: impedir a los alumnos aprender de experiencias distintas a las propias y que en las escuelas en las que se concentran los estudiantes con iguales características tienen menor capacidad para reclamar los derechos educativos de sus hijos (Consulta 22/11/12, en página Web: <http://misgabiflorestorres.blogspot.es/>).

Entonces el uso del concepto de BAyP es utilizado para identificar los obstáculos que los alumnos tienen para aprender y participar, sobre todo, en los sistemas educativos regulares.

Siguiendo con la línea de Educación para Todos, en México se dio respuesta a las exigencias educativas del nuevo milenio con la creación del *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*, quedando establecido en éste: "...la ruta para consolidar una cultura de integración y contribuir a la constitución, de una sociedad incluyente donde todos los ciudadanos, hombres y mujeres, tengan las mismas oportunidades de acceder a una vida digna" (SEP, 2010, p. 235).

Por otra parte, con la intención de ofrecer una educación de calidad, se implementó el *Programa de la Subsecretaría Servicios Educativos para el Distrito Federal 2001- 2006* (SSEDF) tenía como objetivos "...fortalecer la educación inicial, universalizar la oferta en el nivel preescolar [...] así como reforzar la atención diferenciada a grupos vulnerables" (SEP, 2010, p. 236) para ello se establecieron cuatro ejes de acción:

1. Crear Escuelas de Calidad.
2. Lograr una cobertura educativa con equidad.
3. Conseguir una participación y vinculación de la comunidad.
4. Tener una administración al servicio de la escuela.

De la misma manera, se introdujo la propuesta de un trabajo colaborativo entre los profesionales de la educación para la generación de propuestas innovadoras con miras a lograr una EI en todos los niveles educativos (SEP, 2010, p. 236).

En ese mismo año en el DF se llevó a cabo la reestructuración operativa de los CAPEP existentes, con la finalidad de que quedara un centro por cada Sector Educativo de la entidad, lo que permitiría que fueran supervisados por las Jefaturas de Sector. Sin embargo, para el 2001, debido a la situación imperante en estos centros (falta de personal, la carencia de espacios de actualización y apoyo técnico), se elabora una propuesta de reorganización para la estructura funcional de los CAPEP. Esto con base en: *...una investigación formal sobre la distribución de los recursos humanos con que se cuenta, enfatizando la necesidad de revisar o replantear el Manual de Organización de los Centros, de manera que respondiera a los cambios sufridos en el servicio* (Mtra. A, 20/11/12).

A partir de lo antes indicado los apoyos que brindaban los CAPEP reorientaron sus servicios buscando impulsar no sólo la integración de los niños con NEE, sino que se lograra realmente una EI en la que se eliminaran las BAyP que enfrentan los niños en todos los Jardines de Preescolar del DF.

Dicha reorientación, se enfocó en lograr que las escuelas regulares de educación inicial, jardines de niños y/o preescolar adquieran elementos pedagógicos para dar respuestas de calidad a los niños que lo requieran; esto es, que los servicios que estas instituciones brindan tienen como objetivo responder a las necesidades específicas a cada uno de los alumnos que tengan alguna discapacidad y/o cuenten con capacidades sobresalientes dentro de los Jardines de Niños incluyentes, puesto que se requiere de ambientes amigables e innovadores para que haya participación tanto de los maestros regulares, familia de los alumnos que requieran de este servicio, como de los mismos niños; puesto que el personal de los CAPEP "...colabora y apoya en los diferentes ámbitos de la vida escolar:

organización, funcionamiento, trabajo en el aula, formas de enseñanza y relación entre la escuela y las familias de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales” (SEP-CAPEP, 2007, p. 16). Para que el CAPEP cumpla con sus funciones, era preciso que el equipo estuviera integrado por un grupo de especialistas, con los siguientes perfiles:

...por lo menos, de un director; un equipo de apoyo constituido por un maestro de aprendizaje, un maestro de comunicación, un psicólogo, un trabajador social, y en su caso, un maestro de psicomotricidad y especialistas en discapacidad intelectual, motriz, visual, auditiva y autismo, así como en aptitudes sobresalientes; en caso de no existir especialistas, el equipo de apoyo asume la responsabilidad de la atención específica de los alumnos que presentan discapacidad, buscando los medios para ofrecerles el apoyo necesario (SEP-CAPEP, 2007, p. 17).

Esto sería lo ideal para que los CAPEP desarrollen en plenitud los servicios que deben de brindar a los niños en edad preescolar que así lo requieran. Ya que el trabajo que debe de ejercer el equipo CAPEP es que:

...de manera interdisciplinaria y vinculada con el personal del Jardín de Niños integrador al que ofrece su servicio; asimismo, busca relacionarse con otras instancias que ofrecen apoyos extraescolares a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales (servicio médico, rehabilitatorio, deportivo, cultural, científico, social, etcétera) (SEP-CAPEP, 2007, p. 17).

Los CAPEP dependen de Educación Preescolar y el apoyo que brindan es totalmente flexible en lo que a su operación se refieren ya que se adaptan a la demanda verídica de los Jardines de Niños por lo que no existe una determinada cantidad de alumnos a los cuales se les brinda el apoyo, depende de las necesidades que se identifiquen en el Jardín de Niños; sin embargo, “Si se observa en cualquier momento del ciclo escolar que alguno de los alumnos que reciben apoyo logra participar y avanzar en la construcción de aprendizajes, de acuerdo con lo establecido en su propuesta curricular adaptada, el personal del equipo de apoyo de CAPEP puede retirar la atención hasta entonces ofrecida” (SEP-CAPEP, 2007, p. 18).

Al terminar cada ciclo escolar se hace una junta entre las autoridades de los

Jardines de Niños Integradores y del CAPEP en donde se lleva a cabo:

...la evaluación final del trabajo, creando un insumo para la planeación del siguiente ciclo escolar. Uno de los aspectos que dicha evaluación permite determinar es la permanencia del equipo de apoyo en el Jardín de Niños integrador, es decir, decidir si el equipo de apoyo debe continuar en la escuela o si el personal de ésta es capaz de identificar las barreras para el aprendizaje y la participación, y dar respuesta, de manera autónoma, a las necesidades educativas especiales que presentan los alumnos (SEP-CAPEP, 2007, p. 24).

Es de esta manera como los CAPEP tratan de responder eficazmente al modelo de EI a pesar de que este modelo apenas se encuentra en construcción con el fin de mejorar el aprendizaje y que éste sea para todos los alumnos sin importar su condición, puesto que “La inclusión se refiere al aprendizaje y la participación de todos los estudiantes vulnerables de ser sujeto de exclusión, por condición social, económica, cultural, étnica, lingüística, por capacidades y todo el resto del alumnado que encuentra barreras para su aprendizaje y participación en las prácticas educativas de la escuela” (Consulta 22/11/12, en página Web: <http://misgabiflorestorres.blogspot.es/>).

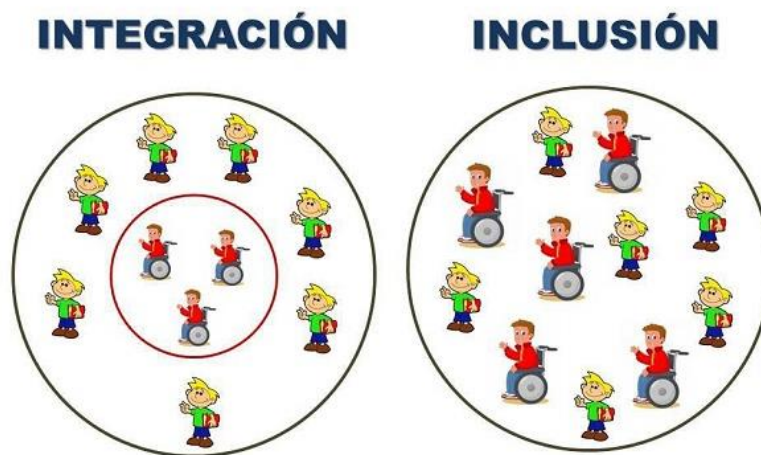
La inclusión como nuevo paradigma educativo [...] Los y las docentes desde esta perspectiva se asumen como coordinadores de desarrollo o de apoyo pedagógico, conscientes de que la labor inclusiva de la escuela es la base de una mayor inclusión social de cada estudiante a corto, medio y largo plazo. La diversidad no se percibe como problema, sino como riqueza para un aprendizaje más integral. El apoyo a un/a estudiante en particular puede revelar las oportunidades latentes en un centro para atender a todo tipo de estudiantes, independientemente de su diversidad y características, como Derecho a educarse en su propia localidad o comunidad (Moreno, 2000, p. 2).

Por lo que la inclusión educativa tiene como fin fomentar la participación de los alumnos para reducir su exclusión, haciendo que todos los alumnos sin importar si tienen alguna discapacidad, necesidad educativa o BAyP convivan en una misma aula y estén participando en el trabajo de todos los alumnos bajo la orientación de un mismo currículo, claro que con las inevitables, pero necesarias adaptaciones correspondientes en cada caso. Para ello se requiere de una cultura inclusiva tanto en los preescolares como en los demás niveles educativos y así sea más fácil apoyar las demandas de la diversidad educativa, pues:

...el logro de una real inclusión presupone el establecimiento de una imprescindible unidad entre la familia, la escuela y la comunidad, que se convierten en los núcleos básicos desde los cuales se promueve el acceso del hombre a la cultura y se ponen a su disposición las vías y los recursos que le permitirán apropiarse de la herencia cultural de la humanidad y contribuir a su enriquecimiento (Bell *et al.*, 2010, p. 49).

Por lo que la familia, la escuela y la sociedad deberían de unir fuerzas en pro de la EI, algo que se puede ilustrar con la imagen 2 en donde se muestran las diferencias entre integración e inclusión.

IMAGEN 2



(Integración – Inclusión, consultado 12/04/2013, en página Web:
<http://www.google.com.mx/search?q=inclusion+integracion&hl=es-419&tbn=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=uyGUUeGtBcXq0gHM0IDgCg&ved=0CE4QsAQ&biw=1440&bih=837#imgrc=-1dkrkMHfVegqM%3A%3BNc9qjVp3bexp2M%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.escuelaenlanube.com%252Fwp-content%252Fuploads%252F2013%252F05%252FInclusion-escolar.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.escuelaenlanube.com%252Fintegracion-no-es-lo-mismo-que-inclusion-escolar%252F%3B600%3B450>).

Bajo este enfoque educativo el SEN empezó a abrir las puertas de los centros educativos regulares a toda persona que lo solicitase, igualmente, se resaltó la importancia de brindar una educación de calidad para todos, lo que se pretende lograr en un contexto incluyente, teniendo en cuenta que: “Estructuralmente la escuela inclusiva será consciente de los espacios arquitectónicos e interpersonales con el fin de que alienten múltiples formas diferentes de encuentros formales e informales con una multiplicidad de personas” (Fielding, 2011, p. 54).

CAPÍTULO 2.

LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

Los primeros indicios sobre el estudio de lo que hoy en día se conoce *Parálisis Cerebral* (PC) se dan en el siglo XIX, la cual es un trastorno que afecta la motricidad y la postura de las personas que lo padecen, debido a que tuvieron un daño cerebral, que por lo regular se da durante el embarazo o al nacer, no obstante, también se puede generar en los primeros meses de la vida debido a algunas enfermedades o algún traumatismo.

Es una realidad que la PC no impide que quien la padece, asista a un centro educativo, que tengan amigos, que jueguen o hagan las mismas actividades que sus pares, solo que en ocasiones, las realizan de diferente manera. Como claro ejemplo tenemos a nuestro estudio de caso Juan Román el que a pesar de tener un tipo de PC asiste a la escuela regular con niños de su edad en donde le enseñan los mismos temas y de la misma forma que a sus demás compañeros, así mismo, a pesar de que se traslada con ayuda de una andadera sale a la calle a jugar con sus vecinos. En el aspecto intelectual y afectivo las personas con PC se desenvuelven igual que un sujeto “normal” ya que como lo habíamos mencionado su problema es motor, no emocional ni cognitivo, por lo que entre más pronta sea la atención especializada, mejor será su desarrollo físico y con ello la posibilidad de tener una vida autónoma.

Las características, las necesidades educativas específicas y las BAYP de las personas con PC las desarrollamos en el presente capítulo, integrado por los siguientes puntos:

- El origen del estudio la PC en donde se abordan los antecedentes históricos y clínicos de ésta.
- Las características anatómicas y fisiológicas de los niños con PC en donde se explican las características orgánicas, físicas y funcionamiento del cerebro.
- La clasificación de la PC en donde se explica que dependiendo de la afectación del cerebro, es la posible PC adquirida.
- La etiología de la PC en donde se hace mención de las causas de la discapacidad.
- El diagnóstico de la PC.
- El tratamiento de la PC en donde se describen las diferentes técnicas o terapias que deben seguir las personas con PC para que lleguen a tener una vida autónoma.
- Las necesidades educativas y la escolarización de los niños con PC en donde abordamos cuáles son los apoyos que pueden impulsar el desarrollo educativo de las personas con PC.

Mismos que nos permitirán familiarizarnos con el tipo de PC de Juan Román y ayudarnos en la comprensión del por qué presenta ciertas características y del tratamiento que se sigue. También son puntos clave para guiar nuestra intervención a favor de su inclusión educativa.

2.1. Origen del estudio de la PC

Los estudios sobre la PC tuvieron sus inicios a mediados del siglo XIX con la realización de una serie de conferencias en las que se abordaba la formulación de una definición aceptable de ésta. Un personaje del que se tienen aportaciones al respecto es del médico William Little, quien "...fue el primero en relacionar la asfixia intraparto con la aparición de una lesión permanente del Sistema Nervioso Central (SNC), que se manifestaba por una deformidad postural (tétanos

espasmódico)” (Camacho *et al.*, s.a., pp. 1-2). Esta aportación tuvo gran relevancia, pues para el siglo XIX ya fue reconocida como “enfermedad de Little” la que tenía como peculiaridad de que los sujetos que la padecían tenía dificultad para sostener objetos, gatear, caminar, sostenerse en pie, una “enfermedad” que según Little no empeoraba al pasar de los años. La mayoría de los pacientes de Little habían nacido prematuros o eran producto de partos complicados, lo que llevó a que este médico creyera que el origen de esta “enfermedad”, era por la falta de oxigenación durante el nacimiento, lo que implicaba un daño en el tejido cerebral que controla el movimiento.

Posteriormente, en 1888, Burgess utilizó por primera vez el término “Parálisis Cerebral” para referirse a la “enfermedad de Little” pero la aportación de Little fue tan importante que a finales del siglo XIX se seguía conociendo con su nombre. Sin embargo, es Freud quien sentó las bases para precisar la etiología y topografía de lo que hoy en día se conocía como PC. Así, para 1897, él planteó que:

...el trastorno podía tener [una raíz...] más temprana en la vida, durante el desarrollo del cerebro en el útero. "Los nacimientos difíciles, en ciertos casos", escribió, "son solamente un síntoma de efectos más profundos que influyen sobre el desarrollo del feto" (NINDS, s.a, s.p.).

En ese mismo año, algunas asociaciones de los Estados Unidos (*American Academy for Cerebral Palsy*) e Inglaterra (*Little Club*) centraron su interés en la PC e hicieron un intento por definir los límites de este trastorno, lo que propició el inicio de los estudios epidemiológicos sobre la PC. Ya para 1958 el *Little Club* elaboró la primer definición consensuada de esta discapacidad, la que fue publicada por Mac-Keith y Polani como carta en la revista *Lancet*, quedando precisada está de la siguiente manera: “...la parálisis cerebral es un trastorno motor persistente que aparece antes de los 3 años, debido a una interferencia no progresiva en el desarrollo del cerebro que tiene lugar antes de que el crecimiento del SNC se complete” (Camacho *et al.*, s.a., p.2.).

A pesar de estas observaciones, en los médicos, las familias y los investigadores perduraba la creencia de que las complicaciones en el parto eran las causantes de la mayoría de los casos de sujetos con PC. Esto lleva a que en 1950 Winthrop Phelps elabore una definición de la PC en la que ya se ubica como un "...trastorno persistente pero no invariable de la postura y del movimiento debido a una lesión no evolutiva del encéfalo antes de que su crecimiento y desarrollo se completen" (Santucci, 2003, p. 18).

Se trata de una época en la que se decía que lo que ocasionaba la PC eran "...lesiones irreversibles [en el...] sistema nervioso central, [las que afectaban...] principalmente a los centros motores del cerebro ocasionando parálisis en distintas partes del cuerpo humano" (Asociación Mexicana Pro-Paralítico Cerebral, 1984, p. 4).

Ya para 1980 científicos que colaboraban en el *Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares* (NINDS) analizaron datos extensos, en donde encontraron que más de 35,000 recién nacidos que tuvieron complicaciones durante el nacimiento y el trabajo de parto justificaban sólo una fracción de los bebés nacidos con parálisis cerebral, siendo probablemente menos del 10 por ciento. En la mayoría de los casos, no pudieron encontrar una causa única y obvia, un hallazgo que desafió la teoría médica aceptada hasta ese momento sobre las causas de la PC; a su vez, se constituyó en un estímulo para que los investigadores buscaran otros factores (antes, durante y después del nacimiento) que estuvieran asociados al trastorno (NINDS, s.a., s.p.).

En este periodo, la definición más extendida de esta discapacidad era la de Mutch, quien en 1992, la ubica como: "...un término sombrilla que engloba a un grupo de síndromes motores no progresivos, pero que cambian con la evolución, y son secundarios a lesiones o anomalías del cerebro que suceden en las primeras etapas del desarrollo" (Camacho *et al.*, s.a., p. 2).

Para el 2004, este concepto se ve complementado con dos agregados que se elaboraron en Bethesda durante la Reunión sobre la *Definición y Clasificación de la Parálisis Cerebral*, lo que llevó a que quedara definida como:

...un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitación en la actividad y son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren en el cerebro en desarrollo del feto o del niño pequeño; el trastorno motor se acompaña con frecuencia de alteraciones de la sensibilidad, cognición, comunicación, percepción, comportamiento y/o crisis epilépticas (Camacho *et al.*, s.a., p. 2).

Así al pasar de los años se ha ido modificando la definición de PC siendo que en la actualidad la PC implica un conjunto de trastornos heterogéneos y crónicos que no son progresivos, pero sí puede tener variables desde el punto de vista clínico y cuyo origen se sitúa en una lesión producida en el cerebro inmaduro de quien la padece.

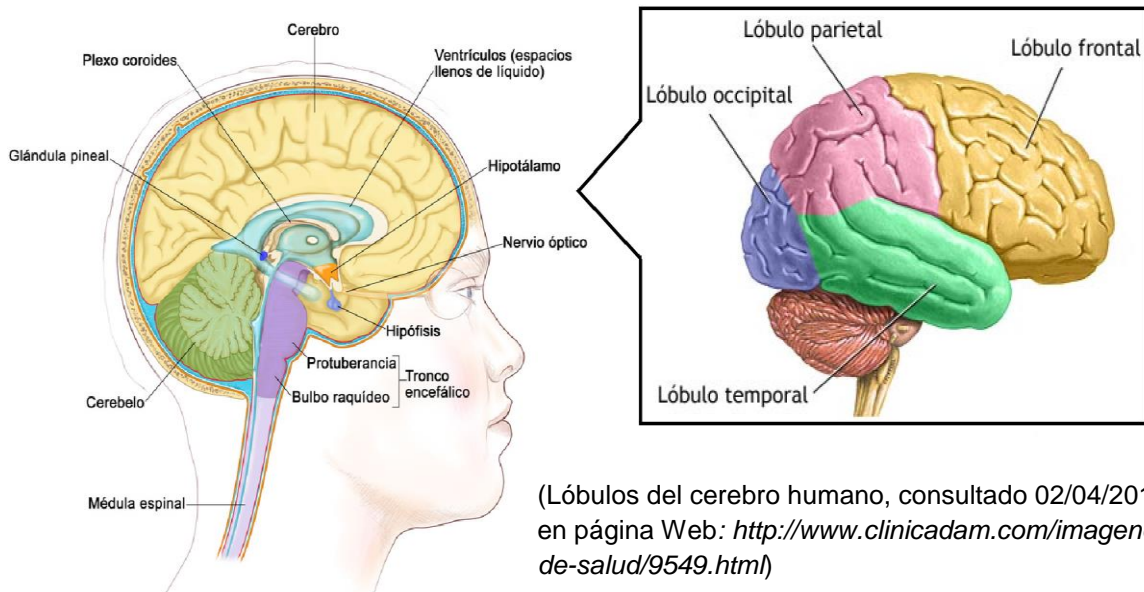
2.2. Características anatómicas y fisiológicas de los niños con PC

Ya se ha hecho mención de que los sujetos con PC sufren una lesión en el Sistema Nervioso Central (SNC), lo que además se ve acompañado de un mal funcionamiento de ciertos procesos bioquímicos, dicho SNC está compuesto por el cerebro, cerebelo y médula espinal. El primero, está dividido en dos hemisferios: derecho e izquierdo, las que a su vez se fraccionan en cuatro grandes porciones: lóbulo frontal, lóbulo parietal, lóbulo temporal y lóbulo occipital. El segundo "...está relacionado con el mantenimiento del equilibrio y la regulación del tono muscular, su principal función es la coordinación del movimiento para que este se pueda realizar con facilidad y precisión" (León, 2006, p. 31); la regulación que hace el cerebelo del tono muscular¹⁰ es para mantener la postura o para facilitar la realización de movimientos voluntarios. Y el tercero es la vía conductora de impulsos desde el cerebro hacia cualquier parte del cuerpo, y también es el centro

¹⁰ El tono muscular es el nivel de contracción parcial y continua que mantienen los músculos durante la vigilia y en algunos momentos del sueño. Es el estado de reposo parcial que nos permite mantener la postura o para iniciar los movimientos.

de control de los movimientos “reflejos”. Distribución que se muestra en la Imagen 3.

IMAGEN 3



(Lóbulos del cerebro humano, consultado 02/04/2013, en página Web: <http://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/9549.html>)

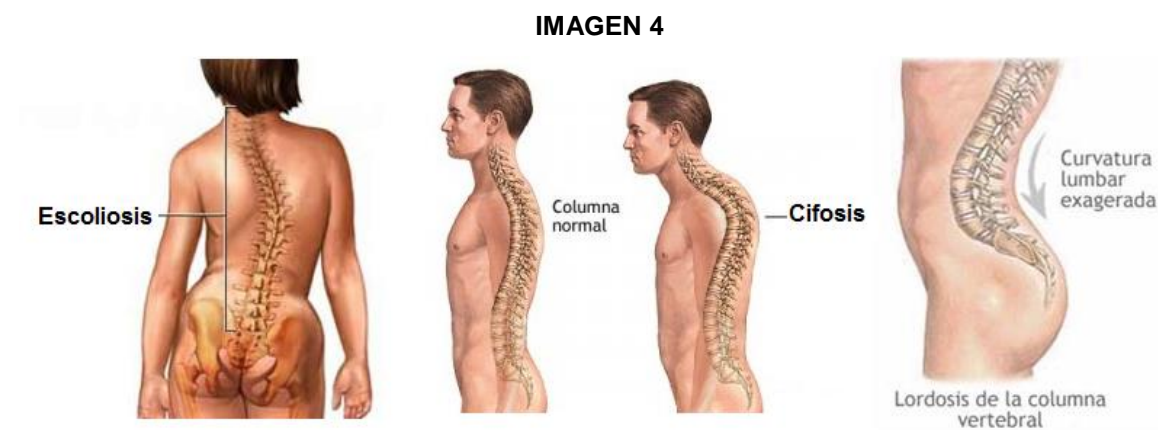
(Partes del cerebro humano, consultado 02/04/2013, en página Web: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000600419.html>)

En el caso de las personas con PC el principal órgano dañado es el cerebro, el que tiene la función de controlar todo el cuerpo, así como la inteligencia y la psique de los sujetos. Las regiones del cerebro que se pueden ver afectadas cuando una persona tiene PC son tres de los cuatro lóbulos: el lóbulo frontal que está relacionado con el control de la conducta, la inteligencia, los movimientos del cuerpo y el lenguaje; el lóbulo parietal que regula la comprensión lectora y se relaciona principalmente con “...el sentido del tacto y el reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo combinando las impresiones respecto a la forma, textura y peso de las cosas” (León, 2006, p. 30); y, por último, el lóbulo temporal que “...está relacionado, fundamentalmente, con la audición y con la memoria reciente y la memoria remota así como con los sentidos del gusto y del olfato”

(León, 2006, p. 31). Así mismo hay casos de sujetos con PC que también tienen afectado el cerebelo, dependiendo de los factores que de origen de la parálisis.

Cada una de estas zonas del cerebro, se asocian y controlan los comportamientos y conductas concretas de cada sujeto, de tal manera que un daño en una o algunas de ellas alteran la función que cumple; sin embargo la lesión que se generó tanto en el cerebro como en el cerebelo no son evolutivas ni degenerativas, pues las neuronas que han sido dañadas no intervienen en el funcionamiento de las que se encuentran en buen estado.

En cuanto a las características físicas, los niños con PC, por lo regular, se les puede distinguir por su peso, talla y el perímetro craneal, que alcanzan valores por debajo de la media de acuerdo con la edad y el género. Además, es común que estos sujetos presenten desviaciones en su columna vertebral (escoliosis, lordosis o cifosis¹¹), dependiendo del tipo de PC que se tenga, de lo temprano de la estimulación y del trabajo de rehabilitación que se realice. Dichas desviaciones en la columna vertebral se ilustran en la imagen 4:



(Escoliosis y Cifosis, consultado 02/04/2013, en página Web: <http://www.fisiolution.com>)

(Lordosis, consultado 02/04/2013, en página Web: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/anatomia/computo/cv/lordosis.html>)

¹¹ La *escoliosis* es una desviación curvada de la columna vertebral, que puede ser en forma de "S" o de "C". De igual modo la *cifosis* es una desviación pero en la zona cervical y la *lordosis* en la zona lumbar.

Dependiendo el tipo de PC, se puede dar que las caderas tienen tendencia a la flexión y a la aducción¹², las rodillas, también están en flexión y secundariamente se produce un estiramiento del aparato extensor, lo que condiciona un ascenso de la rótula y una disminución de la potencia de la extensión de la rodilla y los pies, forzados condicionan un pie plano y con desequilibrio asociados en el plano lateral, con aumento de gasto energético y anomalías de la función locomotora (Ruiz & Arteaga, s.a., p. 10).

La mayoría de los bebés con PC tienen un cierto grado de retraso en el desarrollo, mostrándose lentos para alcanzar ciertos aprendizajes como darse vuelta, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Los niños con PC también pueden tener una postura inusual o favorecer un lado del cuerpo al moverse.

El conocimiento de las características anatómicas y fisiológicas de los sujetos con PC coadyuva en la realización tanto al diagnóstico como del tratamiento a seguir para su desarrollo. Claro está que esto depende del tipo de PC que tenga cada sujeto, algo que se explicará más adelante.

2.3. Clasificaciones de la PC

Existen distintas clasificaciones de la PC, las que por lo general coinciden en fijar ésta según sea la zona cerebral afectada y el tipo de afectaciones en el tono muscular que con ésta se puedan tener. Así se puede decir que la PC es clasificada por su *topografía*, de acuerdo con la zona corporal afectada, por su *nosología*, en función de los síntomas neurológicos que intervienen en el tono muscular, los movimientos, el equilibrio, los reflejos y los patrones posturales.

En el caso de la primera (la *topográfica*) se toma en consideración la extensión y distribución de las zonas anatómicas afectadas, clasificación en la que se utilizan

¹² La aducción es el movimiento por el cual un miembro o un órgano se acerca al eje central del cuerpo.

“...los sufijos "-paresia" y "-plegia" distinguen entre una parálisis incompleta o variable, para el primero de los términos, y una parálisis completa en el segundo” (Ruiz & Arteaga, s.a., p. 7). Según este criterio la clasificación queda de la siguiente manera:

1. Paresia:
 - Monoparesia: parálisis ligera o incompleta de un solo miembro.
 - Hemiparesia: parálisis ligera o incompleta de un solo miembro.
 - Paraparesia: parálisis ligera o incompleta de las dos piernas.
 - Tetraparesia: parálisis ligera o incompleta de los cuatro miembros.
2. Plegía:
 - Monoplejía: parálisis de un solo miembro, ya sea brazo o pierna.
 - Hemiplejía: parálisis de un lado del cuerpo (derecho o izquierdo).
 - Paraplejía: parálisis que afecta a partes iguales a cada lado del cuerpo (parálisis bilateral).
 - Tetraplejía: parálisis de los cuatro miembros (Cano, 2003, p.169).

Por su parte, el *Centro de Cirugía Especial de México IAP* clasifica a la PC de la siguiente manera:

- Diplegia es cuando están afectados ambos brazos o ambas piernas.
- Hemiplejía es cuando están afectados los miembros de un solo lado del cuerpo.
- Cuadriplejía es cuando están afectados los cuatro miembros
- Monoplejía es cuando está afectado un solo miembro del cuerpo
- Triplejía es cuando están afectados tres miembros en forma indistinta (*Centro de Cirugía Especial de México IAP*, s.a., s.p.).

González también clasifica la PC según sean las extremidades afectadas, pero dando diferentes denominaciones, las cuales son:

- Cuadriplejía o cuadriparesia es cuando las cuatro extremidades están más o menos igualmente afectadas.
- Diplejía o diparesia es cuando las piernas están más afectadas que los brazos.
- Hemiplejía o Hemiparesia es cuando se produce cuando la mitad izquierda o la derecha del cuerpo está afectada por este tipo de parálisis cerebral, mientras que la otra mitad funciona con normalidad.
- Paraplejía o Paraparesia es cuando están afectadas ambas piernas.
- Monoplejía o monoparesia es cuando sólo está afectada una extremidad.
- Triplejía o triparesia es cuando están afectadas tres extremidades.
- Tetraplejía es cuando están afectados los dos brazos y las dos piernas (2010, s.p.).

En el caso de la clasificación *nosológica* se atiende al tono muscular y se mide mediante una valoración de la resistencia del músculo al ser extendido, lo que lleva a que se clasifiquen de la siguiente manera:

1. *Parálisis cerebral espástica*: ocurre cuando la lesión se localiza en la corteza cerebral, entendiendo que: “La espasticidad es una contracción refleja que se opone al movimiento y se produce, sobre todo, cuando el músculo se estira estática o dinámicamente” (Sánchez & Llorca, 2004, p. 15). Dicha espasticidad dificulta el movimiento ocasionando acortamientos y deformaciones de las extremidades, el cuello, la columna vertebral, los pies y las manos. Este tipo de parálisis “...se caracteriza por un tono muscular elevado que ocasiona rigidez de movimientos y la incapacidad para relajar determinados grupos musculares” (Sánchez & Llorca, 2004, p. 15). En palabras de Cano, las personas que tienen este tipo de PC “...carecen de juego muscular flexión/extensión, dando lugar a una acción refleja de hipertonía permanente, provocando contracturas y espasmos en un grupo muscular...” (2003, p. 169).

Este tipo de parálisis también se le conoce como hipertónica porque predomina un exceso de tono muscular, es el tipo más común de PC y se dice que representa alrededor del 50% de todos los casos (Consultado 20/03/2013, en página Web: <http://www.ccem.org.mx/pci/clasif.htm>).

2. *Parálisis cerebral atetósica*: también llamada parálisis cerebral discinética, en ésta la lesión se localiza en los ganglios basales. “El movimiento atetósico es una variación involuntaria lenta entre las posiciones extremas de flexión y de extensión, que disminuye con el reposo y desaparece durante el sueño” (Sánchez & Llorca, 2004, p. 16). Es decir, es una PC en la que se presentan movimientos involuntarios e incontrolados, pero a la vez lentos, que pueden localizarse en las extremidades o bien extenderse a todo el cuerpo; de la misma manera se acompañan de la falta de equilibrio en la cabeza y cuello,

estos movimientos vacilantes pueden desaparecer durante el sueño o situaciones de reposo.

Cabe señalar que en ocasiones el movimiento atetósico "...puede verse aumentado por la excitación, la inseguridad, la posición dorsal, y aún más, por la posición en pie" (Bautista, 2002, p.296). El nivel de tono muscular experimenta cambios bruscos, pasando de un tono ya sea bajo o normal a una espasticidad exagerada. Este tipo de PC representa el 30% de los casos que se dan de PC (Consultado 20/03/2013, en página Web: <http://www.ccem.org.mx/pci/clasif.htm>).

3. *Parálisis cerebral atáxica*: es un tipo de parálisis que tiene como principal característica el que la lesión se localiza en el cerebelo y afecta el sentido del equilibrio, la dirección y la coordinación de los movimientos, según sea su gravedad. Como señalan Sánchez y Llorca "En la ataxia, el sentido del equilibrio se ve afectado por una dificultad en la organización de las contracciones musculares que intervienen en el mantenimiento postural y son necesarias para la realización de los movimientos" (2004, p.17). Por lo tanto los sujetos que la padecen tienen dificultad para mantenerse en una posición estática por la existencia de un bajo tono muscular, esto es, "Cuando se trata del mantenimiento de una posición hablamos de ataxia cinética y cuando nos referimos a la dificultad de contraer grupos musculares diferentes para mantener una posición hablamos de ataxia postural..." (Sánchez & Llorca, 2004, p. 17). Otra afectación de la PC atáxica es el presentar problemas de lenguaje que se vuelve lento y de difícil pronunciación. Esto se debe a que respiración, fonación y articulación se hallan mal dosificadas y coordinadas, "...de manera que hablan con una voz débil, monótona y con temblor de las cuerdas vocales [...]. La articulación es deficiente con un mal control de la fonación y en ocasiones [con] babeo" (Pyuelo & Arriba, 2000, p. 18).

Este tipo de PC afecta al 5 o 10% de los niños, dichos tienen poca coordinación y un característico tipo de marcha mostrando una separación entre los pies (Consultado 20/03/2013, en página Web: <http://www.ccem.org.mx/pci/clasif.htm>).

Estados mixtos: es una combinación de las PC anteriores y se presenta en un 25% de las personas diagnosticadas con PC, se caracteriza por presentar dos o más tipos de PC en la misma persona (Consultado 20/03/2013, en página Web: <http://www.ccem.org.mx/pci/clasif.htm>).

Por último, ésta la clasificación que se hace desde el punto de vista funcional, ya que depende del grado de afectación y se da en tres categorías: la primera es un *nivel de afectación ligero* que se da "...cuando existiendo un cierto grado de torpeza motora o parálisis de determinados músculos, todo ello no impide la posibilidad de deambulación autónoma, así como la capacidad de manipulación de pequeños objetos, al menos con una de las manos" (Ruiz & Arteaga, s.a., p. 8); la segunda es el *nivel de afectación moderado* en el que son dos o más los miembros que están afectados, "En esta situación la marcha autónoma está muy limitada, así como la capacidad para realizar manipulaciones finas [...]. Las personas con este nivel de afectación requieren de ayuda para la realización de actividades personales y de la vida diaria" (Ruiz & Arteaga, s.a., p. 8); y, la tercera es en la que se da una *afectación grave* en los cuatro miembros (tetraplejía). "...aquí se presentan trastornos asociados a deformidades del tronco, de tipo escoliótico y retracciones articulares, con ausencia total del más mínimo equilibrio. Son personas dependientes en todas y cada una de sus necesidades" (Ruiz & Arteaga, s.a., p. 8).

Con lo antes mencionado, nos podemos dar cuenta, que existen diferentes grados y tipos de PC, que van desde las pequeñas dificultades de movilidad a la parálisis casi total. La mayoría de las personas con esta discapacidad pueden sufrir de algún grado de deterioro cognitivo, pero eso depende de cada caso.

2.4. Etiología de la PC

Las causas de la PC pueden ser múltiples, pero para facilitar su comprensión es recomendable abordar la etiología, sobre todo atendiendo al momento en que se ocasionó la lesión cerebral, ya que su origen está íntimamente vinculado con una lesión que se puede presentar en alguno de los siguientes momentos: *prenatal* que se refiere a factores que la madre padece durante la gestación; *perinatal* que es durante el nacimiento; y, por último, el *postnatal* que tiene lugar después del nacimiento y hasta los dos años de vida, que es cuando el cráneo ha quedado completamente osificado para proteger de posibles contusiones que pueda sufrir el niño o un adulto.

De acuerdo con Ruiz y Arteaga, en cada uno de los momentos señalados, se pueden destacar los siguientes factores desencadenantes:

1. Factores prenatales, éstos son diversos y básicamente tienen que ver con las condiciones que se dieron durante la gestación del niño, por ejemplo: la hemorragia materna, el hipertiroidismo materno, fiebre materna, corioamnionitis que es una Infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico que rodea el feto dentro del útero, otros factores son el infarto placentario (degeneración y muerte parcial del tejido placentario), exposición a toxinas o drogas, infección por sífilis, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes, hepatitis, o por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), infartos cerebrales por oclusión de vasos arteriales o venosos, disgenesias o malformaciones cerebrales y por último, los factores genéticos¹³ (s.a., p. 3).
2. Factores perinatales, que se presentan durante el nacimiento del niño, éstos pueden ser: prematuridad (cuando la edad gestacional es inferior a 37 semanas), asfixia perinatal por una alteración en la oxigenación cerebral,

¹³ Es conveniente indicar que hasta la fecha no se ha podido comprobar, una relación genética como etiología de la PC.

hiperbilubinemia (por aumento de la cifra de bilirrubina en sangre, que da origen a ictericia en la piel) e infecciones perinatales (s.a., p. 4).

3. Factores postnatales, tienen lugar después del nacimiento y hasta los dos años de vida del menor y son: traumatismos craneales, meningitis o procesos inflamatorios de las meninges, encefalitis, (procesos inflamatorios agudos del SNC), hemorragia intracraneal, infarto o muerte parcial del tejido cerebral, hidrocefalia, (por aumento del líquido cefalorraquídeo intracraneal y presión aumentada en algún momento de su evolución), neoplasias o tumores intracraneales (s.a., p. 4).

En general la mayoría de los especialistas en la PC, están de acuerdo en ubicar su etiología por el periodo en el cual se genera ésta. Si bien Legido nos habla de que hay factores etiopatogénicos¹⁴ de la PC los cuales pueden manifestarse durante la época intrauterina, en el momento del parto (el 85% de las PC), o durante los primeros años del desarrollo cerebral (el 15% de las PC); teniendo como principales factores los hematológicos, inmunológicos, infecciosos, metabólicos, bioquímicos cerebrales y madurativos cerebrales (la prematuridad, la asfixia prenatal, la infección prenatal, la hemorragia materna, el hipertiroidismo materno, la fiebre materna, la corioamnionitis, el infarto placentario, la gemelaridad, las drogas, los traumatismos craneales, la encefalitis, el infarto cerebral) (s.a., p. 157). El origen de la PC y su nivel de gravedad va a depender y va a variar en cada caso, por lo tanto resulta difícil establecer su origen a un solo factor, lo que sí es seguro es que en todos los casos se presentarán una lesión en el SNC.

¹⁴La Etiopatogenia es el origen o causa del desarrollo de una patología.

2.5. Diagnóstico de la PC

A partir de la existencia de signos clínicos que permitan presumir algún daño cerebral en el recién nacido se puede iniciar un diagnóstico del menor para saber si tiene PC. En el recién nacido, los síntomas que se derivan de la lesión sobre la madurez neurológica es la ausencia de los reflejos normales o bien la respuesta excesiva de estos mismos reflejos, falta de reacción ante estímulos visuales, asimetría en la movilidad espontánea (pedaleo o el movimiento de los brazos). Son reflejos que en su mayoría están presentes desde el nacimiento¹⁵ o que ya se manifiestan en los primeros nueve días.

El diagnóstico que se realiza no es un proceso cerrado y estático, sobre todo en la medida en que se desconozcan las posibles causas, éste tiene que ser actualizado de forma periódica y se debe realizar en tres niveles: funcional, sindrómico y etiológico:

En el caso del diagnóstico funcional, como indican Ruiz y Arteaga, se: “Tiene por objeto la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos y disfunciones presentes en el síndrome, así como de las capacidades del afectado y de sus posibilidades de [desarrollo...]” (s.a., p.19). Ésta sirve para determinar y priorizar las necesidades de cada sujeto, a la vez que posibilita la elaboración de las estrategias de intervención.

En el caso del diagnóstico sindrómico, como indican Ruiz y Arteaga, se: “Tiene por objeto [...] determinar la existencia de un cuadro de Parálisis Cerebral, mediante la identificación del conjunto de signos y síntomas que lo definen” (s.a., p.19). Sirve para conocer cuáles son las estructuras neurológicas que se vieron afectas durante alguna de las etapas antes indicadas (pre, peri y posnatal) y orienta sobre su etiología.

¹⁵ La valoración que se les hace a los recién nacidos se llama Apgar la cual es un examen clínico en donde el médico valora cinco parámetros: tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, reflejos y color de piel.

Finalmente en el caso del diagnóstico etiológico se tiene por objeto determinar las causas de la PC, ya que este sirve para integrar "...información biomédica a la familia y en ocasiones orienta tratamientos específicos..." (Ruiz & Arteaga, s.a., p. 20).

También el diagnóstico de la PC se realiza mediante un examen físico, durante el cual, el médico obtiene los antecedentes prenatales y de nacimiento completos del bebé. Por lo general, el diagnóstico de la PC no se realiza hasta que el niño tiene al menos entre 6 y 12 meses de vida que es la etapa, en donde ya debe controlar las manos y la cabeza principalmente, entre este tipo de exámenes de diagnóstico se pueden distinguir los siguientes:

- El Examen neurológico en donde se evalúan los reflejos y las funciones cerebrales y motrices
- La radiografía es un examen de diagnóstico que utiliza rayos de energía electromagnética invisible para producir imágenes de los tejidos, los huesos y los órganos internos en una placa radiográfica.
- Estudios de la alimentación específica.
- Electroencefalograma (EEG) es el procedimiento que registra la actividad eléctrica continua del cerebro mediante electrodos adheridos al cuero cabelludo.
- Análisis de sangre
- Análisis del laboratorio de la marcha el cual sirve para evaluar el patrón de la marcha del niño
- Imágenes por resonancia magnética (IRM) es procedimiento de diagnóstico que utiliza la combinación de imanes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y las estructuras internas del cuerpo.
- Tomografía computarizada (También llamada TC o TAC.) es el procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") de los cuerpos, tanto horizontales como verticales. Una TC muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, el tejido adiposo y los órganos. Las tomografías computarizadas muestra más detalles que las radiografías generales.
- Estudios genéticos son exámenes de diagnóstico que se utilizan para evaluar las enfermedades a las que son propensas algunas familias.
- Estudios metabólicos se utilizan para evaluar la ausencia o la falta de una enzima específica (por ejemplo, los aminoácidos, las vitaminas, los carbohidratos) que son necesarios para mantener la función química normal del cuerpo (González, 2010, s.p.).

Desafortunadamente, a pesar de que se han desarrollado conocimientos que marcan un avance en la realización de un diagnóstico de PC más certero, y que se

han mejorado los tratamientos a seguir, no existe una terapia estándar que funcione para todo individuo con PC, ya que como bien sabemos cada sujeto es distinto. Por ello una vez que se hace el diagnóstico y se determina el tipo de parálisis cerebral, un equipo de profesionales trabajará con pruebas y escalas de evaluación para determinar el nivel de incapacidad, para luego tomar decisiones sobre los tipos de tratamientos así como el mejor momento y estrategia para las intervenciones tanto con el niño como con sus familiares, este acercamiento puede ayudar a identificar otros deterioros y necesidades específicas que no se hayan tomado en cuenta desde el principio y por ende desarrollar un nuevo plan adecuado para afrontar las incapacidades esenciales que afectan la calidad de vida del niño.

Algunas de estas necesidades específicas se manifiestan dentro del ámbito educativo, esto siempre y cuando el menor se encuentre en edad escolar y si es posible que se dé su escolarización, entonces es preciso que se realice una evaluación psicopedagógica entendida como:

...un proceso compartido de recogida y análisis de información relevante de la situación de enseñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta las características propias del contexto escolar y familiar, a fin de tomar decisiones para promover cambios que hagan posible mejorar la situación planteada (Consultado 10/12/2013, en página Web: <http://revistaemica.blogspot.mx/2013/12/evaluacion-multidimensional-en.html>).

Se trata más bien de identificar las necesidades educativas del alumnado, las cuales se deben convertir en condiciones susceptibles de mejora y concreción de ayudas y apoyos.

2.6. Tratamiento de la PC

Una vez que se ha identificado la PC a través del diagnóstico, se debe seguir un tratamiento lo antes posible, para que el niño tenga una rehabilitación pronta ya

que entre más joven sea, hay mayores posibilidades de que su organismo responda favorablemente y con más rapidez al tratamiento.

Para un mejor tratamiento se debe de contar con un equipo de especialistas encargados de cada caso, éstos son: un médico, que es quien determinará el tratamiento que deberá seguir el niño con PC, basándose en la edad, el estado general de salud, en los antecedentes médicos, y en el tipo de PC; un traumatólogo, que tiene la responsabilidad de atender los problemas relacionados con los huesos, músculos y tendones; un fisioterapeuta, para que por medio de ejercicios terapéuticos diseñe y ponga en práctica ejercicios que permitan a cada caso en particular mejorar su fuerza, flexibilidad y movilidad; un terapeuta ocupacional que es el responsable de enseñar las habilidades necesarias para la vida cotidiana; un patólogo del habla y del lenguaje, quien trata las incapacidades relacionadas con las dificultades para tragar y comunicarse; un trabajador social, que ayuda a conseguir el apoyo de programas educativos y comunitarios; un psicólogo, que ayuda al sujeto como a su familia a enfrentar las demandas de la PC; finalmente se necesita de la colaboración de un educador quien es una pieza importante para superar los problemas de aprendizaje (NINDS, s.a., s.p.).

Contar con el equipo de especialistas para un mejor tratamiento de la PC puede llegar a ser muy costoso por ello es recomendable considerar la asistencia a las asociaciones e instituciones privadas o gubernamentales en pro del mejoramiento de las personas con PC, en la mayoría de éstas los costos son mínimos y pueden llegar a ser totalmente gratuitos.

Así mismo es conveniente indicar que la lesión en el SNC de un niño con PC no empeora mediante su crecimiento, el tratamiento primordial son las terapias las cuales pueden ser fisioterapias, terapia ocupacional o del habla, entre otras. La fisioterapia sobre todo se deberá realizar para mejorar la postura y la marcha, buscando estirar los músculos y evitar las deformidades; la terapia ocupacional es para desarrollar técnicas de compensación para las actividades cotidianas como

vestirse, ir a la escuela y participar en las actividades de todos los días; mientras que la terapia de lenguaje le ayudará para ir resolviendo sus problemas para tragar, dificultades del lenguaje, y otros obstáculos de comunicación; así mismo, le permitirán desarrollar su control motor para caminar, sentarse y usar las manos. Además, el tratamiento puede incluir el uso de aparatos como sillas de ruedas y andaderas las cuales utilizan las personas que no tienen independencia para moverse; soportes posturales son los que ayudan al niño a sentarse, acostarse o a estar de pie; los aparatos ortopédicos o férulas, sirven para corregir o evitar deformidades y brindar apoyo; y, dispositivos ortóticos los que se insertan dentro de los zapatos para corregir el alineamiento entre el pie y la pantorrilla para ayudar a mejorar la movilidad e independencia de los menores; sus funciones son compensar el desequilibrio muscular, mejorar la postura, facilitar el traslado y ser un soporte al caminar.

Así mismo, en algunos casos se puede recurrir a cirugías que son hechas para corregir las deformidades anatómicas, generalmente, se hacen para enderezar brazos o piernas, para mejorar la postura y favorecer la flexibilidad de las articulaciones (Bachrach, 2012, s.p.). De igual manera éstas se llevan a cabo para tratar problemas ortopédicos que pueden incluir curvaturas en la columna, luxaciones de cadera, deformidades en el tobillo y el pie (González, 2010, s. p.).

El uso de Botox inyectado en el músculo, ha demostrado gran efectividad, ya que debilita los músculos por largo tiempo, reduciendo la espasticidad. En casos extremos también se puede realizar cirugía para liberar o alargar los tendones o canales nerviosos. (Consultado 04/09/2013, en página Web: <http://www.puntofape.com/espasticidad-o-rigidez-muscular-1336/>)

De acuerdo con Puyuelo y Arriba las personas cercanas al niño intentarán: “Dominar rutinas sencillas de comportamiento y generar hábitos en el bebé” (2000, p. 74) esto es mediante el establecimiento de horarios para sus actividades diarias y un patrón de comportamiento en las interacciones con las demás personas. De

la misma manera, tendrán que “Dominar las relaciones causa-efecto, esto es, el niño debe ser capaz de reconocer que los estímulos pueden provocar situaciones agradables e interesantes, y que él, con sus conductas, puede conseguir que se repitan” (2000, p. 75), en este sentido, los padres deben favorecer la aparición de situaciones en las que el niño tome sus propias decisiones y desarrolle conductas motoras, por este motivo hay que “Ayudarle a descubrir que personas y objetos pueden ser un medio para alcanzar un objetivo” (2000, p. 75) para que el niño pueda reconocerse como un sujeto activo con el medio y que es capaz de transformarlo siendo ineludible la creación de “...un entorno lúdico y relajado, en la que el éxito de las acciones está garantizado porque el adulto proporciona las ayudas necesarias, pero en las que el niño es un sujeto activo” (2000, p. 76).

No importa la edad o los tipos de terapia que se manejen para tratar la PC, el tratamiento no termina cuando el sujeto deja el centro terapéutico, sino también es imprescindible que en casa se siga con la terapia; pues se ha demostrado que el apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes para que los sujetos con PC alcancen sus metas, por ello es indispensable la colaboración de la familia ya que son los padres y las personas con las que a menudo se relaciona los que desde el primer momento del desarrollo brindan los estímulos para dar una respuesta adecuada a sus necesidades. Para lograr este fin es preciso que los especialistas asesoren a la familia, explicándoles las características del daño motor, el cómo deben sentarlo y ayudarlo a moverse, a tomar objetos, etcétera, para que sus acciones sean favorables al desarrollo pleno de los sujetos.

2.7. Necesidades educativas específicas y barreras para el aprendizaje de los niños con PC

Los sujetos afectados con PC presentan una variedad de limitaciones, básicamente de carácter físico-motriz, por lo que en la mayoría de los casos

requieren de apoyos y recursos especiales para favorecer su desarrollo cognitivo e intelectual, como todo niño, a menos que su PC esté asociada a un retraso intelectual. Para ello es preciso tener en cuenta que a pesar de que en una población haya varios sujetos con la misma discapacidad, cada uno de ellos es único, es decir, cada uno de ellos tiene necesidades educativas específicas y BAyP dependiendo de la gravedad de su PC, de lo temprano de los apoyos y terapias que hubieran recibido.

Regularmente, sus problemas formativos están relacionados con el control de los movimientos y de ciertos procesos sensoriales como la visión, la tactilidad; de ahí que sea frecuente: "...el estrabismo y la ambliopía¹⁶. Estas deficiencias deben ser corregidas [por cirugías] pues afectan al mantenimiento postural, al equilibrio, a la prensión y a la seguridad del niño" (Sánchez & Llorca, 2004, p. 17). Por lo que las Necesidades educativas específicas de estos niños tienen que ver con la percepción de formas de los objetos, discriminación y reconocimiento de texturas, que el profesor explique de forma oral las tareas a realizar, el uso de representaciones en relieve, aprendizaje de técnicas de orientación y movilidad, entre otras; mientras que las BAyP a las que se pueden enfrentar son principalmente las arquitectónicas, el mobiliario y materiales del aula.

Otra limitación de este tipo tiene que ver con la audición y el habla, en estos casos se puede tener desde una hipoacusia leve o hasta una sordera total.

A veces también las dificultades en esta área pueden deberse a la falta de información [...] propioceptiva de la lengua y de la cara que ocasiona dificultades en la articulación del [lenguaje...], debido a las secuelas motrices y psicomotrices de la lesión cerebral a nivel de los órganos fonadores y de la respiración (Sánchez & Llorca, 2004, p. 18).

Es decir, que se puede dar como consecuencia una minusvalía en el área del lenguaje, limitando su comunicación oral y expresiva. Al respecto sus Necesidades educativas específicas girarán en torno a la adquisición del lenguaje oral y la expresión facial que se ven afectados por sus problemas en el control de

¹⁶La ambliopía es la disminución de la agudeza visual, ejemplo: miopía, astigmatismo o hipermetropía.

los músculos que están implicados. Además, si se presenta esta problemática es conveniente que tenga un lugar cerca del profesor para que lo pueda mirar directamente a la cara para escucharlo o poder leer sus labios¹⁷ en función de la gravedad de la hipoacusia.

También puede haber limitaciones en la adquisición de los conocimientos escolares si la lesión cerebral se extiende a las zonas que están vinculadas con los procesos cognitivos, es decir, el niño puede tener un retraso mental. En este caso sus Necesidades educativas específicas del niño tienen que ver con los ritmos de aprendizaje o la posible incapacidad para adquirir algunos de éstos, por lo que, es necesario reconocer que en este caso se tendrán que realizar ajustes razonables¹⁸ a la estructura programática y al posible uso de recursos y estrategias didácticas que se desarrollen en la escuela para responder eficazmente a las necesidades educativas específicas de acuerdo al ritmo de aprendizaje de cada alumno.

Así mismo, hay casos en los que la PC se acompaña de epilepsia y problemas perceptivo-motores, lo que deriva en alteraciones del esquema corporal, lateralidad, orientación espacial y problemas de comportamiento como inseguridad, obsesión e hiperactividad. Producto de esto se pueden generar Necesidades educativas específicas que tienen que ver con la incapacidad de centrar la atención por periodos prolongados, tener desordenes espacio-temporales, problemas de memoria y atención; lo que dificulta una sistemática y continua adquisición de los contenidos programáticos. Para resolver dicha problemática se pueden realizar procesos permanentes de retroalimentación o estrategias grupales de trabajo que permitan al educando reubicarse.

Todas estas problemáticas también pueden estar asociadas a BAYP de órdenes sociales, culturales, actitudinales, arquitectónicas, materiales y económicas; lo

¹⁷ Claro está que esto implica haber adquirido dicha competencia.

¹⁸ Se trata de un concepto que hoy en día se emplean en el contexto de la EI para referirse a las adecuaciones curriculares. Al respecto, *cfr.* (DEE, 2012, p. 8).

que seguramente dificultará su condición de permanencia y traslado en la institución, la convivencia con sus pares y los profesores, la regularidad en su proceso de formación, el desarrollo de todas sus capacidades y competencias y hasta el acceso al sistema educativo y su permanencia.

Con lo anterior, se puede decir que las Necesidades educativas específicas y BAyP son factores determinantes para que realmente se dé la escolarización de los niños con PC, lo que dependerá del tipo y el nivel de gravedad que en ésta se tenga.

Por lo regular, en el momento que se busca escolarizar a un niño con PC, los padres no se sienten apoyados y tienen grandes dificultades para encontrar un centro educativo que responda a las características del menor y a sus posibilidades económicas. Hecho que resalta la necesidad de que todas las instituciones educativas permitan el acceso a todos los casos con PC en los que sea posible su escolarización, ya que en su gran mayoría son personas inteligentes y capaces de adquirir una cierta autonomía. De ahí que Puyuelo y Arriba indiquen:

La educación es un proceso que busca el desarrollo de las capacidades del individuo, mediante la utilización de técnicas de enseñanza regladas, normalmente en un entorno escolar, pero también incluye todos los aprendizajes informales que se suceden en contextos extraescolares como la familia (2000, p. 73).

Es decir, que la respuesta educativa que se ha de ofrecer al alumno en el centro educativo no debe estar dissociada de las vivencias del niño fuera de los centros escolares, pues: “El contexto escolar asume la corresponsabilidad de educar junto con el entorno familiar y social, con el objeto de desarrollar todas las capacidades potenciales de los alumnos...” (Puyuelo & Arriba, 2000, p. 78); ya que:

El desarrollo de las capacidades motrices, perceptivas, intelectuales, lingüísticas y socioafectivas del niño parálítico cerebral, van a depender, por un lado, de los niveles de afectación motriz y de los síntomas asociados en las áreas sensorial y cognitivo, y por otro de las oportunidades que el medio social, familiar y escolar le puedan ofrecer (Puyuelo & Arriba, 2000, p. 73).

En caso de que el menor asista a una escuela de educación regular, lo primero que se debe definir es el tipo de valoración que requiere el caso, pues no todos deben ser sometidos a una evaluación psicopedagógica, dada la complejidad de ésta y lo prolongado que puede ser; ya que implica la participación de psicólogos, pedagogos, médicos y trabajadores sociales, con la finalidad de:

- Conocer la realidad de los centros educativos, sus recursos, sus propuestas educativas, etc.
- Valoración individual de los alumnos con deficiencias, con el fin de determinar la forma de escolarización más adecuada, atendiendo a sus necesidades individuales y a las características de los centros educativos.
- Realización de dictámenes de escolarización, en los que se justifica y propone la forma de escolaridad más adecuada.
- Orientación al profesorado de los centros y a las familias sobre aspectos educativos.
- Orientación sobre materiales específicos y recursos comunitarios, que favorezcan el desarrollo del individuo, la integración y la igualdad de oportunidades (Puyuelo & Arriba, 2000, pp. 77-78).

Como se puede notar, por medio de ésta se "...ha de evaluar diferentes áreas a través de pruebas psicotécnicas, cuestionarios y técnicas de observación: inteligencia, psicomotricidad, aptitudes académicas específicas y personalidad" (Cano, 2003, p. 170). Si el menor presenta problemas de lenguaje el encargado de elaborar la valoración deberá apoyarse mayormente de las observaciones, ya que el menor no puede responder con espontaneidad a las pruebas verbales.

De acuerdo con Sánchez y Llorca, esta evaluación psicopedagógica se debe realizar tomando en cuenta seis dimensiones, la primera de ellas es la clínica-neurológica en la que se retoma el diagnóstico médico, los posibles trastornos asociados y los medicamentos que le suministran; la segunda es la dimensión corporal donde se analizan las posibilidades motrices del niño; la tercera es la dimensión social y sus posibilidades de relación con el entorno, en esta se consideran las características del grupo al que se incluirá al menor y se observará el tipo de interacción que el niño mantiene con sus compañeros; la cuarta dimensión es la afectiva que es fundamental para entender los aspectos actitudinales y emocionales que inciden en su aprendizaje, también se identifica su

sentido de pertenencia al grupo, autoestima y expectativas; en la quinta dimensión, se aborda el aspecto cognitivo para reconocer sus potenciales en la adquisición de los aprendizajes; por último, en la sexta, se toma en cuenta la dimensión familiar en donde se recoge información sobre las expectativas a futuro que la familia tiene del niño, la relación que hay entre ellos y los estilos de interacción y formación de la familia (2004, pp. 57-61).

En el caso de la dimensión familiar es de fundamental importancia para el desarrollo académico del menor pues:

La información que se recoge en las entrevistas con los padres o familiares cercanos, y la que pueden aportar otros profesionales, [...] permite conocer cómo se organiza el entorno familiar [...] y analizarlo conjuntamente para conseguir la mayor sintonía posible entre los objetivos educativos escolares y familiares y las expectativas que tienen los unos respecto a los otros (Bonals & Sánchez, 2006, p. 20).

Por tal motivo es importante que la familia del niño esté en constante acercamiento con la escuela, principalmente con el profesor frente a grupo para que entre ambos, busquen e implementen estrategias que favorezcan su aprendizaje y la eliminación de las BAYP. Esta relación entre padres y maestros es indispensable en el desarrollo escolar del niño pues se da un intercambio de información sobre los recursos con los que se cuenta dentro y fuera de la escuela. No debemos olvidar que los padres son quienes brindan un mayor apoyo emocional al niño, lo alientan a tener una participación dinámica en las actividades y con ello se posibilita la adquisición y mejora de actitudes, destrezas y conocimientos útiles tanto para el niño como para los que lo rodean.

Como ya se indicó antes, en esta evaluación la participación del Trabajador Social es fundamental, ya que él es el responsable de realizar un estudio socio-económico, cuya información es significativa y necesaria para diseñar y desarrollar la estrategia de apoyo y atención para el alumno. Porque:

No podemos olvidar que tanto el contexto escolar como el familiar se sitúan en un contexto social concreto, en proceso de mutua interacción. En la evaluación,

tendremos que tener presente el grado de adaptación e identificación de la escuela y la familia a las exigencias del entorno social (Bonals & Sánchez, 2006, p. 21).

Por último, cuando ya se ha realizado la evaluación psicopedagógica del alumno, la atención tiene que estar dada en el centro escolar, con la finalidad de eliminar las posibles BAYP que se puedan estar dando. Lo que exige la “Eliminación de barreras físicas horizontales, construyendo puertas y pasillos más amplios [...], colocación de barras en los pasillos y sanitarios, etc.” (Puyuelo & Arriba, 2000, p. 79). Y la “Eliminación de barreras verticales, colocando rampas, plataformas o ascensores” (Puyuelo & Arriba, 2000, p. 79).

De la misma manera, se deben hacer adaptaciones que propicien su estancia dentro del aula, ya que es en este espacio donde realmente se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje. “Ello supone una planificación de los espacios y ubicación de los materiales de aula que permita el libre movimiento del niño y sus adaptaciones para el desplazamiento y la previsión de espacios comunes [donde pueda...] interactuar con sus iguales” (Sánchez & Llorca, 2004, p. 48). Otra de las adaptaciones que se han de llevar a cabo son las relacionadas con el mobiliario, la redistribución y reorganización de los objetos en el aula, para facilitar su movilidad, para que el niño con PC se desenvuelva libremente como cualquier otro de sus compañeros. Ante estas adaptaciones es el profesor que está frente al grupo, el responsable de la organización de los materiales del aula y del trabajo pedagógico que se realice en ésta, por ello es recomendable que en todo centro educativo se haga trabajo colegiado entre la plantilla de profesores regulares y de apoyo, ya que:

De la coordinación de todo este equipo docente, resultará más ágil y productivo el trabajo con el alumnado con discapacidad motora, la evaluación de sus necesidades y sus potencialidades, así como la toma de decisiones en general, serán más ricas y más completas si se realizan colegiadamente (Cardona, Gallardo, Salvador, 2001, p. 44).

Posteriormente se determinarán los ajustes razonables, principalmente en cuanto a las condiciones en que se tiene que dar la adquisición de los contenidos

escolares, a los “...objetivos, metodologías, actividades de aprendizaje y evaluación, dirigidas al uso y dominio de materiales adaptados...” (Puyuelo & Arriba, 2000, p. 79), que den respuesta a las Necesidades educativas específicas. De ahí que sea necesario:

Mantener por parte de los profesionales, actitudes abiertas y flexibles a la hora de organizar los contenidos y las estrategias metodológicas, los apoyos y tratamientos que recibe el alumno, nos llevará a considerar como espacios de aprendizaje no sólo las cuatro paredes del aula, sino también los recreos, las actividades lúdicas, creativas, psicomotricidad, educación física, excursiones, que son momentos valorados como importantes para el crecimiento personal de todo el alumnado... (Cardona, Gallardo & Salvador, 2001, p. 46).

Todo esto “...debe estar pensado de tal forma que el alumnado con necesidades educativas específicas de tipo motórico pueda ser lo más autónomo y participativo posible en su actividad dentro del centro” (Sánchez & Llorca, 2004, p. 48).

Por ello, tanto maestros de aulas regulares como maestros de apoyo, psicólogo, pedagogos, psicopedagogos y todas las personas encargadas de impartir educación; deberíamos de conocer las dificultades que afectan el proceso enseñanza-aprendizaje de los niños con PC y de ser necesario aprender a utilizar los sistemas alternativos o suplementarios como el lenguaje de señas mexicanas (LSM), tablero de braille u otros materiales. Esto con el fin de brindarles un contexto escolar flexible (modificación de la infraestructura de la escuela, cambio o adaptación del mobiliario, etcétera.), tratar que todos o muchos de los aprendizajes sean significativos y/o vivenciales, haciendo énfasis en el incremento del desarrollo de la motricidad fina, trabajando por periodos cortos (para que los niños no se sientan abrumados) e irlos aumentando gradualmente para ello es preciso motivar al alumno para despertar en él el interés de aprender, teniendo en cuenta las características individuales para crear un ambiente de enseñanza favorable y sobre todo tener mucha paciencia, ya que dichas acciones ayudarán en gran parte a que se desarrollen sus conocimientos, habilidades y destrezas.

Finalmente consideramos que como profesionales de la educación debemos prevenir la existencia de BAYP para que los niños con PC puedan incluirse en el sistema educativo regular, tomando en cuenta que lo viable es tratar a los niños con PC como a cualquier otro niño, como un ser humano productivo a los cuales no se les debe de excluir de sus derechos y obligaciones conforme a su edad física y cognitiva. Siendo que después de todo un niño con PC va a hacer la misma actividad que cualquier otro (a acepción que tenga un problema mental o intelectual cebero), sólo que de distinta manera o a un ritmo en particular, por tal motivo, deberán contar con el apoyo de sus maestros, familia y sociedad para así eliminar o afrontar cualquier tipo de barrera, dando como resultado el que la mayoría de los niños con PC puedan incluirse perfectamente a las aulas regulares.

CAPÍTULO 3.

LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE UN NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL AL PREESCOLAR: EL CASO DE JUAN ROMÁN

Actualmente, en la investigación educativa existen dos enfoques principales para generar conocimiento: el cuantitativo y el cualitativo. El primero orientado a generar información a través de datos numéricos sometidos a procesos estadísticos; este procedimiento de investigación es seguido por las ciencias físicas y naturales, es donde el investigador analiza la realidad recabando datos que le permiten dar porcentajes, todo ello con el fin de descubrir regularidades y formular generalizaciones probabilísticas (Sabariego. En: Bisquerra, 2004, p. 82), y el segundo dirigido a recuperar tanto información descriptiva como narrativa del hecho educativo. Este último es un enfoque que:

...se orienta a describir e interpretar los fenómenos sociales y educativos... Se sirve de las palabras, de las acciones y de los documentos orales y escritos para estudiar las situaciones sociales tal y como son construidas por los participantes. Los datos se recogen de forma natural preguntando, visitando, mirando, escuchando... (Albert, 2007, p.146)

En correspondencia con este enfoque está el estudio de caso, un método que: "...implica el análisis de una situación real en la que existen problemas que piden las oportunas soluciones. Consiste en una descripción y análisis detallados de unidades sociales o entidades educativas únicas." (Carrasco y Calderero, 2000, p. 110).

Este capítulo se trata de la descripción de una investigación en la que se utilizó el método estudio de caso y se apoyó la inclusión educativa de Juan Román, un niño que tiene PC Espástica y que se enfrentaba a su primer acercamiento

escolar en tercer grado de Educación Preescolar en el Jardín de Niños público y regular “Centro Cultural Alfa” en donde fue inscrito por la cercanía de su hogar.

Para recolectar información utilizamos técnicas como la entrevista y la observación, siguiendo en cada una de ellas distintos procedimientos. En este caso, usamos la entrevista semiestructurada puesto que es aquella en donde las preguntas ya están establecidas y las respuestas son abiertas, es decir, las personas que responden a esta entrevista lo hacen dando su punto de vista y sin limitaciones de ningún tipo. Entrevistamos a la mamá de Juan Román, la Sra. García debido a que ella ha presenciado su desarrollo médico y escolar; a la profesora Carmen del CAPEP y a la profesora Graciela encargada del grupo ya que ellas son las personas que han estado involucradas desde el inicio de su inclusión educativa.

Las observaciones se implementaron con la intención de tener un acercamiento a la realidad vivida de Juan Román en el Jardín de Niños, para ello utilizamos los dos tipos de observación: participante y la no participante, en cuanto a la observación participante, implicó involucrarse de manera directa y cotidiana con el caso, fue utilizada en el trabajo dentro del aula, en donde se observó cómo es que se llevó a cabo el proceso de integración/inclusión escolar de Juan Román para conocer sus actividades y su desenvolvimiento diario.

En contraste, en la observación no participante el observador “...permanece separado de las actividades del grupo que está investigando y evita ser miembro del grupo...” (Lawrence, 2002, p.165). Este tipo de observación es de poca importancia para recoger datos importantes de algunas sesiones dentro del Jardín de Niños para tomar nota de la práctica educativa de los profesionales a cargo de la educación de Juan Román, así mismo observar la dinámica grupal.

Todo ello con la finalidad de obtener información precisa del contexto en el que se ha desarrollado el proceso de Educación Inclusiva (EI) de Juan Román, la cual

presentamos de manera organizada a través de una serie de preguntas que orientan la manera de cómo estructuramos la información; condición que nos llevó a elaborar las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál fue el proceso seguido para la selección del caso?
2. ¿Cómo se dio el desarrollo pre, peri y postnatal del caso?
3. ¿Cómo se diagnosticó y qué tratamiento médico se le ha dado al caso?
4. ¿De qué manera se escolarizó al niño?
5. ¿De qué manera podemos apoyar la EI del caso?
6. ¿Qué prospectiva se puede hacer del caso?

Conjunto de cuestionamientos que se tradujeron en los apartados que integran este tercer capítulo y que a continuación se desarrollan.

3.1. Condiciones en las que se accedió al caso

Antes de ingresar a la Opción Campo Integración/Inclusión Educativa de la tercera fase de la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN), nos acercamos al responsable de ésta, para indagar cómo era que se desarrollaba el trabajo académico, él nos indicó que era necesario realizar prácticas académicas en una institución donde se apoyara la inclusión educativa de un niño, de preferencia con discapacidad. A partir de ese momento, y todavía cursando el sexto semestre, nos pusimos de acuerdo para ir a buscar un caso. De hecho el en ese año fuimos aplicadoras de la prueba Evaluación Nacional de Logros Académicos en Centro Escolares (ENLACE) y al asistir al centro donde nos tocó, nos percatamos de que en el centro escolar había una niña diagnosticada con hipoacusia.¹⁹ Así mismo conocíamos una vecina que tenía un niño que lo habían diagnosticado con retraso psicomotor²⁰. De hecho los dos

¹⁹ Hipoacusia es la disminución del sentido del oído, que se manifiesta como sordera parcial.

²⁰ Retraso psicomotor Como su nombre lo indica es la adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condiciona alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser

casos nos interesaban, sin embargo, por recomendaciones de nuestro asesor, tuvimos que decidir por uno, eligiendo a Juan Román, un niño que apenas iniciaba su escolarización en un aula regular de tercero de Educación Preescolar, que además había sido diagnosticado de manera inadecuada y que se iniciaba su proceso de inclusión educativa.

Una vez hecha esta elección, platicamos con la mamá del niño y le dijimos: *Sra. García, nosotros somos estudiantes de la Universidad Pedagógica Nacional, en este momento estamos cursando el séptimo semestre de la Licenciatura en Pedagogía y nos piden que apoyemos la inclusión educativa de algún niño, claro contando con el apoyo de los profesores especialistas en la temática. Por lo que queremos ver la posibilidad de que usted nos permita apoyar el trabajo escolar de Juan Román* (Plática informal del 24/08/2012). En ese momento ella se mostró interesada y accesible y nos dijo que sí estaba de acuerdo, dándonos las gracias por anticipado.

Ya contando con la autorización de la Sra. García, acudimos al Jardín de niños “Centro Cultural Alfa” donde se habían inscrito a Juan Román, con la finalidad de preguntar qué teníamos que hacer para acceder al mismo. Al llegar nos recibió la directora el plantel, y nos indicó que teníamos que ir a Zona Escolar Número 165, en donde nos indicarían los requisitos para poder acceder al centro.

Un día después fuimos a dicha zona escolar, la que se ubica en el *Jardín de Niños Doctor Arnold Gesell*, ubicado en la Av. Luis G. Urbina, S/N, Col. La Cañada, Del. Álvaro Obregón, al llegar nos dirigimos a la oficina de la inspectora, donde nos recibió su secretaria y nos dijo: *Les pido que esperen un momento, pues en este momento la inspectora se encuentra en una junta con unos padres de familia que vinieron a solicitarles algunas cosas...* (Plática informal del 28/08/2012). En ese momento la secretaria de manera muy cortés nos pasó a su oficina y nos ofreció café. Después de unos 10 minutos llegó la inspectora y nos dijo: *Buenos días, en*

patológicas, si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por un personal médico especializado (consultado 13/08/2013 en página Web: http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/retraso_psicomotor.pdf).

qué les puedo ayudar... (Plática informal del 28/08/2012). Por lo que le contestamos que si nos podía indicar qué trámites teníamos que hacer para poder realizar prácticas académicas en el Jardín de Niños “Centro Cultural Alfa”, para apoyar la inclusión educativa de un niño. Ella nos dijo: *maestras, nosotros no podemos otorgar éste tipo de permisos, para eso tienen que ir a Coordinación Sectorial de Educación Preescolar que está ubicado en Av. José María Izazaga #29 en el Centro, está saliendo del metro Isabela Católica y llevar un escrito extendido por su escuela, dirigido a la coordinadora Norma Laura del Moral Ehlers* (Plática informal del 28/08/2012).

Un par de días después nos dirigimos al cubículo de nuestro asesor de tesis, el Dr. Arturo C. Alvarez Balandra y le comentamos que teníamos que hacer un escrito donde se redactara lo que íbamos a hacer en el centro. En ese momento con el apoyo del Dr. elaboramos un escrito en el que describíamos en qué consistiría nuestra participación en el Jardín de Niños. En éste se indicaba que:

...[las] prácticas se realizarán los días viernes de 11:00 a 14:00 hrs. durante lo que resta del ciclo escolar (2012-2013), iniciando el 21 de septiembre de 2012 y concluyendo el 28 de junio de 2013 y están orientadas a que las estudiantes conozcan la manera de cómo se desarrolla el proceso de intervención de los profesionales al apoyar la inclusión educativa del niño Juan Román Vera García el cual está diagnosticado con retraso psicomotriz. Para ello, contamos con la autorización de la señora Gabriela García Mejía (madre del menor). Se trata de una experiencia de conocimiento que fortalecerá su formación como futuras profesionales en el campo de la pedagogía y la educación en nuestro país (Anexo 1).

Escrito que entregamos el 11 de septiembre de 2012 y del cual recibimos respuesta el 27 del mismo mes, de parte del Lic. Norma Laura del Moral Ehlers, *Coordinadora Sectorial de Educación Preescolar (CSEP)*, en éste se nos indicaba:

...por parte de esta Coordinación Sectorial no existe inconveniente para realizarla, por lo cual se solicita atender las siguientes consideraciones:

- Podrá ejecutar acciones de acompañamiento con las Docentes de Grupo.
- Adecuar las actividades al horario de atención de la escuela.
- Las acciones deberán efectuarse sin alterar la planeación de la Escuela.
- Al concluir la investigación deberá entregar a ésta Coordinación Sectorial resultado de la misma.

Finalmente, le solicito extender la carta de presentación a la Directora del Plantel para que los alumnos se coordinen con ella las actividades a desarrollar (Anexo 2).

Al llegar al jardín de niños nos recibió la maestra suplente encargada de la dirección ya que en ese momento el plantel no tenía directora, en ese momento le entregamos el escrito que avalaba nuestro acceso a la institución, dándonos la bienvenida la maestra suplente. Dados los trámites que ya habíamos realizado ante CSEP, ya teníamos identificado al niño, por lo que la maestra suplente nos condujo al salón en el que tomaba clases Juan Román (nuestro caso). Estando ahí, nos presentó con la profesora Graciela Contreras Mora, quien nos recibió con mucho entusiasmo al saber que la íbamos a estar apoyándola durante todo el ciclo escolar con el niño. Al terminar la jornada escolar la maestra suplente organizó una reunión con todas las profesoras del plantel para presentarnos oficialmente ante ellas, explicándoles los motivos de nuestra presencia en la institución y solicitándoles su apoyo para fortalecer nuestra formación; al finalizar dicha reunión la profesora Graciela se acercó a nosotras y nos dijo: *me alegra que se hayan interesado en trabajar en preescolar, porque ustedes son las primeras pedagogas que nos visitan, por mi parte les ofrezco mi apoyo en todo lo que requieran y así mismo les pido que me orienten en algunas actividades para así retroalimentar nuestros conocimientos* (Plática informal con la profesora Graciela Contreras Mora., 05/10/2012). De esta manera fue como llegamos a la institución donde se ubicaba nuestro caso, con la gran oportunidad de contar con pleno apoyo de las docentes de la institución. Teniendo claro que el objetivo principal era favorecer la inclusión educativa de nuestro caso.

IMAGEN 5

Áreas y aulas del Jardín de niños “Centro Cultural Alfa”



3.2. El desarrollo pre, peri y postnatal de Juan Román

De hecho, como antes indicamos, pudimos platicar con la Sra. Gabriela García Mejía madre de Juan Román, quien estuvo de acuerdo con el trabajo que íbamos a hacer. En cuanto el momento prenatal, ella nos dijo: *...desde que me di cuenta que estaba embarazada acudí al Seguro Social para que me corroboraran mi estado, ¡y efectivamente estaba embarazada...! El doctor me recetó el ácido fólico y unas vitaminas que no me acuerdo de su nombre* (Plática informal con la mamá, 03/09/2012). Durante el primer trimestre de embarazo, la Sra. García sufrió de una amenaza de aborto, suceso que según los médicos no afectó al producto, después de este problema la señora empezó a tener más cuidado, lo que permitió que el segundo trimestre de su embarazo marchara sin ningún problema, cuidando acudir de manera regular a sus citas médicas y siguiendo todas las indicaciones de su médico; sin embargo, como nos comenta la Sra. García, al comenzar el séptimo mes de embarazo, tuvo un accidente, que como nos comentó le generó

algunos problemas. Ella nos dijo: *en la mañana me arreglé para ir a la fiesta del hijo de mi primo, me sentía bien como siempre, pero en la tarde cuando salí de mi casa me resbalé junto a la puerta y al tratar de agarrarme del zaguán haciendo mucho esfuerzo y sentí un desgarre por dentro, me asusté mucho porque no había nadie cerca para ayudarme y sentía mucho dolor* (Plática informal con la mamá, 03/09/2012). En ese momento la Sra. García acudió al *Hospital de Ginec Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”* Clínica 4 del *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), el que está ubicado en Río Magdalena # 289, col. Tizapan San Ángel, del. Álvaro Obregón; institución en la que tuvo que esperar varias horas debido a que era fin de semana y no se contaba con el personal que habitualmente brinda atención, así que su espera fue dolorosa, pues como ella nos dijo: *...en las diez horas que me hicieron esperar sólo me habían dicho que no podían retener a mi bebé y que ese día iba a nacer porque el esfuerzo que hice provocó que iniciará con los dolores de parto, pero tardé mucho en dilatar* (Plática informal con la mamá, 03/09/2012). Situación que llevó a que el niño naciera hasta la madrugada del día siguiente mediante parto eutócico,²¹ a las 28 semanas de gestación, pesando 1.385 Kg. y midiendo 43 cm., obteniendo una calificación de 7 en la prueba Apgar, sin ninguna anomalía congénita, enfermedad o lesión aparente (Anexo 3-A y 3-B).

La Sra. García nos contó que en el momento perinatal estaba asustada porque: *...cuando estaba dando a luz, escuche que una de las enfermeras dijo: el producto presenta una doble circular del cordón en el cuello, ¡o algo así! y un hombre dijo que el producto estaba sufriendo de asfixia perinatal, cosa que me asustó porque no sabía de qué hablaban, sólo sabía que hablaban de mi bebé* (Plática informal con la mamá, 03/09/2012). Al finalizar el trabajo de parto le informaron a la Sra. García que Juan Román se estaba asfixiando al nacer, debido a que tenía el cordón umbilical enredado en el cuello.

²¹ Parto eutócico es un parto normal, puesto que la salida del bebé es por vía vaginal.

Unos días después de dicha plática, regresamos a la casa de la Sra. García para que nos siguiera comentando sobre el desarrollo posnatal de su hijo. Ese día le preguntamos: *¿Será posible que nos facilite los documentos del historial médico de Juan Román?*, para revisarlos y ver cómo es que ha ido evolucionando en torno a su salud en general; ella nos contestó: *...miren tengo el certificado de nacimiento que dan en el hospital y también tengo otros papeles, como el de las citas y de cuando estuvo internado, se los presto y si quieren sáquenle copias* (Plática informal con la mamá, 07/09/2012). Una vez que la Sra. García nos proporcionó dichos documentos les sacamos copias y nos dimos a la tarea de revisarlos, para ver que nos era útil para explicar la evolución posnatal del niño.

Al analizar el Resumen de Egreso del *Hospital de Ginecobstetricia “Luis Castelazo Ayala”* Clínica 4 del IMSS, el que fue elaborado doce días después del nacimiento, se reportó que al nacer Juan Román fue llevado a una incubadora, ya que requería de asistencia ventilatoria, por lo que fue intubado durante siete días debido a que su respiración era débil, así mismo se indica que no presentó deterioro neurológico, esto se dice textualmente de la siguiente manera:

Intubado en tococirugía por pobre sfuerzoreciratorio (*sic.*), ingresa UCIN²² en donde se diagnosti (*sic.*) SDR²³ indicándose manejo con surfactante pulmonar exógeno tempranamente y asisten mecánica ventilatoria, con PPI²⁴ de 27 cm H20. Permanece intubado durante 7 días presentando secundario a la ventilación... (Anexo 4).

Como parte de la revisión médica, Juan Román fue canalizado del *Hospital de Ginecobstetricia “Luis Castelazo Ayala”* Clínica 4 del *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), al área de especialidad de Oftalmología Pediátrica de la unidad de pediatría del *Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI*, donde le diagnosticaron inmadurez de retina,²⁵ en el reporte médico dice textualmente “Valorado por oftalmología en CMN 17-09-07 en Dx de inmadurex de retina...” (Anexo 5). Posteriormente, cuando Juan Román tenía treinta días de nacido, presentó complicaciones intestinales, lo que llevó a que fuera internado nuevamente,

²² UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

²³ SDR: Síndrome de Dificultad Respiratoria.

²⁴ PPI: Pico de Presión Inspiratoria (PIP por sus siglas en inglés).

²⁵ Es común que los niños que nacen prematuros tengan inmadurez de retina.

respecto a esto la Sra. García nos dijo: *una noche Juanito se puso muy inquieto y note que tenía inflamada su pancita, no podía dormir y lloraba, primero pensé que tenía cólicos porque es “normal” en los bebés pero después me preocupe porque no dejaba de llorar.* (Plática informal con la mamá, 14/09/2012). Ese mismo día, al llegar a su casa el tío de Juan Román, la Sra. García le pidió que los llevara al *Hospital de Ginec Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”* Clínica 4 del IMSS, donde fue ingresado de inmediato. Al revisarlo la médico Ríos le diagnosticó Enterocolitis Necrosante,²⁶ enviándolo en ese momento al área de Cirugía Pediátrica donde lo internaron para realizarle al día siguiente una cirugía de emergencia, se trató de una *Laparatomía* exploratoria, la cual consta de abrir para examinar y definir cuáles son los problemas que existen en el área del abdomen, así mismo se le realizó una abertura llamada *Ileostomía* la cual tuvo como fin el llevar los desechos fecales fuera del cuerpo para que Juan Román pudiera defecar, dado que su colon no estaba funcionando. En el Reporte Médico dice:

...inicia hoy con distermias, incremento en el PA, quejumbroso, con itol. av.o., clínicamente con abdomen globoso, dibujo de asas, se observa en Rx. Con imagen de do le riel, colon muy distendido... el 8-08-07 se realizó (sic.) laparatomía explorado a y se realiza ileostmia por ECN=li... (Anexo 6-A y 6-B).

A los pocos días de haber sido intervenido quirúrgicamente Juan Román fue llevado al mismo hospital por su madre, porque estaba muy inquieto y era evidente que se sentía mal, después de haber sido atendido por los médicos le dijeron a la Sra. García que su hijo presentaba Hipotermia debido a que se le había infectado la herida de su cirugía, en el documento expedido por el hospital se indica que *“Inicia padecimiento actual... con hipotermia, quejido, distensión abdominal en la unidad de prematuros...”* (Anexo 7), al ser dado de alta fue cuidado celosamente tanto por su madre la Sra. García como por su abuela materna la Sra. Mejía. Al respecto la Sra. García nos indicó que a pesar de los cuidados que le daban a Juan Román, cuando él tenía nueve meses de edad se percataron que al terminar de darle de comer, su estómago no toleraba el alimento y enseguida lo vomitaba,

²⁶ Enterocolitis Necrosantees una enfermedad por la cual la superficie interna del intestino sufre lesiones y se inflama, ésta afecta principalmente a los recién nacidos prematuros (consultado 13/08/2013 en página Web: <http://consumidores.msd.com.mx/manual-merck/023-problemas-salud-infancia/252-problemas-en-recien-nacidos-y-lactantes/enterocolitis-necrosante.aspx>).

ella dice: *...un día, cuando le estaba dando el desayuno a Juan, se empezó a ahogar con la papilla, pero no fue como otras veces, sí me angustie mucho porque esa vez echó la comida por la nariz y la boca* (Plática informal con la mamá, 14/09/2012). Ante dicho suceso, fue llevado a la *Unidad Médica de Física de Rehabilitación Siglo XXI* del IMSS, en donde fue atendido oportunamente, recibiendo como diagnósticos: *“Reflujo GE [Gastroesofágico] y Cuadriparesia Espástica”* (Anexo 8) entendiendo como tal que sus cuatro extremidades están igualmente afectadas, por lo que le recomendaron a la Sra. García que ejercitara al menor para disminuir su tono muscular y, con ello, combatir la rigidez de sus músculos y movimiento. Al respecto ella nos dijo: *...al pasar los días y haciendo casi diario los ejercicios que me recomendaron para Juanito note que su cuerpo ya no estaba tan tieso, ya intentaba rodarse en la cama y su cuello se mantenía firme* (Plática informal con la mamá, 14/09/2012).

Consultando los documentos que nos proporcionó la Sra. García, nos dimos cuenta que se preocuparon por el bienestar inmunológico de Juan Román, ya que lo llevaron a la aplicación de todas sus vacunas en tiempo y forma (Anexo 9-A y 9-B), asistieron a sus citas médicas con regularidad y veían que él realizara sus ejercicios de estiramiento en casa, con la finalidad de mejorar el control de sus movimientos.

3.3. Identificación, diagnóstico y tratamiento médico de la PC de Juan Román

Una vez avanzado el tiempo la familia de Juan Ramón empezó a buscar la manera de continuar con su atención y educación. Al respecto el Sr. García (tío de Juan Román) nos contó: *cuando Juanito ya iba a cumplir un año, le hicieron una prueba auditiva y una prueba visual en el Hospital Siglo XXI, para ver si todavía tenía inmadura su retina y también para ver si oía bien pero a pesar de su*

*estrabismo*²⁷; *¡gracias a Dios todo salió bien!, nos dedicamos a darle sus terapias para lo de su retraso psicomotor* (Plática informal con el tío, 21/09/2012).

Dentro de los mismos documentos que nos había proporcionado la Sra. García, encontramos en una nota médica y de prescripción, expedida por el *Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI* del IMSS, se indica que Juan Román tiene Retraso Psicomotor de moderado a severo ocasionado por eventos perinatales, por lo que:

Ingres a terapias el 04-09-08, acudiendo a terapia ocupacional, acompañado de su mamá la cual refiere que no realiza sedestación²⁸, ni gateo solo arrastre, realiza pinza gruesa inicia pinza fina, pronuncia gaby, agua, mamila, oman, rollo, papá, bebé, nena (Anexo 10).

Respecto de su estrabismo, en el mismo expediente se indica que se estaba tratando con medicamentos, pero no se especifica cuáles.

En su segundo año de edad se le hizo a Juan Román un par de pruebas médicas en la *Unidad Médica de Física de Rehabilitación Siglo XXI* del IMSS, para explorar su condición neurológica y audiológica, en el reporte electromiográfico se describe: *“La fase neurológica se exploró a una intensidad de 80 dB con enmascaramiento de 40 dB contralateral. La fase audiológica se realizó a 70, 50 y 30 dB bilateral con enmascaramiento en menos 20dB (sic.) contralateral.”* (Anexo 11-A, 11-B, 11-C); del cual se obtuvieron resultados favorables, ya que los parámetros de ambas pruebas resultaron normales, en la interpretación y conclusiones del reporte electromiográfico. En éste se indica: *“Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral... dentro de parámetros normales... Potenciales evocados visuales... dentro de parámetros normales”* (Anexo 11-D).

En ese momento se hacía visible que su crecimiento, de una u otra forma, era “normal” acorde a su edad, mientras que su desarrollo físico era limitado por su

²⁷ Estrabismo es la disposición viciosa de los ojos por la cual los dos ejes visuales no se dirigen a la vez a un mismo objeto (Piñeiro, Pérez & Leyva, 1995, p.155).

²⁸ Sedestación es el sentarse de forma autónoma.

“retraso motor”.²⁹ Por recomendaciones de su médico, ya cumpliendo tres años de edad es enviado al *Hospital Infantil de México “Federico Gómez”*, el cual se encuentra ubicado en la col. Doctores, del Cuauhtémoc en donde nuevamente fue sometido a una intervención quirúrgica de las ingles,³⁰ en palabras de la Sra. García: *...a mi Juanito lo operaron de las ingles para que con el tiempo pudiera caminar, porque me explicaron que si no se la hacían había posibilidades de que usara una silla de ruedas para toda su vida, pero gracias a Dios todo salió bien.* (Plática informal con la mamá, 28/09/2012), al respecto de esta cirugía, no se cuenta con documentos o reportes médicos que indique el nombre y fecha en el que se realizó ésta, debido a que la Sra. García los extravió. Sabemos que dicha operación fue favorable para la evolución física de Juan Román, ya que resultó ser un éxito y corrigió los problemas que lo estaban aquejando; además, al ser dado de alta, los médicos le explicaron a la Sra. García que Juan Román debería tomar terapias físicas para continuar con su rehabilitación y fortalecimiento de tal manera que no se dieran retrocesos en su estado. Esto implicaba que ya no era suficiente el hacer ejercicios en casa, sino también se requería de acciones de rehabilitación de especialistas para resolver su “retraso motor”. En relación con esto el Sr. García nos dijo: *...la doctora nos indicó que nos recomendaba el “Hospital Shriners para Niños” y nos dio la dirección, el que está enfrente del Estadio Azteca y el servicio es gratuito* (Plática informal con el tío, 28/09/2012).

A partir de ese momento Juan Román comenzó su rehabilitación especializada de manera sistemática, ya que sus citas médicas eran cada mes o cada quince días, dependiendo de las actividades que se realicen en cada sesión de rehabilitación, que se dan dos veces por semana. (Anexo 12). Además de este trabajo terapéutico, los especialistas elaboraron un programa de actividades que se tenía que realizar en casa, esto se muestra en la imagen 6.

²⁹ Es conveniente indicar que referir el déficit de Juan Román como “retraso motor”, se hace porque así aparece en los diagnósticos del IMSS.

³⁰ En el caso de los niños con PC es común que presenten las llamadas “piernas de tijera”, debido a que las piernas se golpean cruzándose en movimientos similares a las tijeras al tratar de caminar. Lo que comúnmente se corrige con una cirugía a nivel inguinal.

IMAGEN 6

Programa de ejercicios que Juan Román tiene que hacer en casa con ayuda y supervisión de un adulto.



Hospitales Shriners
para Niños










REHABILITACION
TERAPIA FISICA

* Aplicar compresa caliente x 15 minutos.

PROGRAMA DE EJERCICIOS DE EXTREMIDAD INFERIOR

Hacer los ejercicios DIARIAMENTE, MAÑANA, TARDE Y NOCHE, 15 veces cada uno



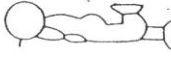


* ACOSTADO BOCA ARRIBA

- 1.-  Subir pierna extendida
- 2.-  Llevar rodilla al tronco
- 3.-  Abrir pierna extendida
- 4.-  Girar pierna adentro-afuera
- 5.-  "Patada"
- 6.-  Pie arriba y abajo
- 7.-  Abdominales
- 8.-  MARIPOSA
Rodillas en flexión
"ABRIRLAS"
- 9.-  "Puentes"

* ACOSTADO DE LADO

- 10.-  Abrir y cerrar la pierna
- 11.-  Llevar pierna hacia atrás

* ACOSTADO BOCA ABAJO

- 12.-  Levantar pierna estirada
- 13.-  Levantar pierna con rodilla flexionada
- 14.-  Doblar y estirar rodilla
- 15.-  Lagartijas
- 16.-  Estirar talón

** mantener siempre sujeta la cadera**

Al llegar a los cuatro años de edad, gracias a sus terapias, a que su familia se seguía esmerando en su rehabilitación y al empeño de Juan Román, él es capaz de sostenerse en pie y trasladarse con la ayuda de una andadera, tal como se puede ver en la imagen 7:

IMAGEN 7



Sin embargo a esta edad tuvo una serie de crisis que constaba de “...movimientos repetitivos cíclicos en la mano, desviación de la comisura labial y pérdida del estado de alerta aproximadamente durante quince minutos” (Anexo 13). Al respecto la Sra. Mejía nos relató: ...ese día mi Juanito estaba jugando con sus figuritas y de repente escuche un golpe en el piso ¡como si algo se hubiera caído!, entonces vi que mi Juanito estaba en el suelo sacudiéndose, como dándole un ataque ¡ay pero me asusté mucho! entonces le grite a Gaby [su mamá] para que fuera por un taxi y llevar a Juanito al doctor, nos fuimos lo más rápido que pudimos al Hospital Pediátrico de Tacubaya, ya ven que es el más cercano (Plática informal con la abuela materna, 19/10/2012). De dicho Hospital lo trasladaron al Hospital Pediátrico Legaría al área de Neurología en donde fue diagnosticado con: “IDx:

*Epilepsia Parcial Sintomática*³¹ (Anexo 14), desde entonces empezó a consumir medicamento³² para prevenir futuros ataques epilépticos, el que posteriormente fue cambiado por *Carpin Carbamazepina*. Un medicamento que tiene diversos efectos secundarios y que en el caso de Juan Román le genera sueño y cansancio.

Cuando Juan Román se recuperó del ataque Epiléptico, continuó con su vida habitual por lo que retomó sus visitas al *Hospital Shriners para Niños* en el que le brindan servicio médico, nutricional, dental, fisioterapéutico, psicológico, terapia ocupacional y terapia recreativa en las que él muestra interés y agrado particular (Anexo 15).

3.4. El proceso de escolarización de Juan Román

La primera acción para la Inclusión Educativa de Juan Román tuvo lugar unos meses antes de que él cumpliera cinco años de edad, en ese entonces su familia se preocupó por ver en qué sistema educativo podría ingresar a estudiar, por lo que optaron por el Jardín de niños público y de educación regular “Centro Cultural Alfa” que se ubica a unas cuerdas de su domicilio³³ y al cual también asistiría su hermana. La idea era que fueran en el mismo grado, es decir en segundo, pero al momento de las inscripciones, como nos indica la Sra. García: *...la directora del kínder no quiso aceptarme a Juanito en segundo, me dijo que mi hija sí porque era más pequeña pero que a Juanito no, porque su edad correspondía a tercer grado, entonces acepté que los inscribieran en esos grados* (Plática informal con la mamá, 30/10/2012).

³¹Epilepsia Parcial Sintomática es una convulsión de corta duración.

³² En realidad no pudimos saber cuáles fueron los primeros medicamentos que se le recetaron los médicos del Hospital.

³³ Es conveniente indicar que esta condición de cercanía responde al principio de sectorización, del cual se habla en el Capítulo 1 de esta tesis.

Al poder inscribir a Juan Román en un Jardín de niños de educación regular, se respetaron los lineamientos que marca la SEP para impartir una educación inclusiva, ya que:

...la educación preescolar, al igual que los otros niveles educativos, reconoce la diversidad que existe en nuestro país y el sistema educativo hace efectivo este derecho, al ofrecer una educación pertinente e inclusiva.

- Pertinente porque valora, protege y desarrolla las culturas y sus visiones y conocimientos del mundo, mismos que se incluyen en el desarrollo curricular.
- Inclusiva porque se ocupa de reducir al máximo la desigualdad del acceso a las oportunidades y evita los distintos tipos de discriminación a los que están expuestos niñas, niños y adolescentes (SEP, 2011, p. 22).

Para lograr la inclusión del niño, fue preciso que se hicieran las adaptaciones físicas en el Jardín de Niños, con la finalidad de que él tuviera el acceso a todos los espacios de la institución, por lo que al principio del ciclo escolar 2012-2013 la directora mandó a construir un par de rampas en el patio e identificó las posibles barreras arquitectónicas que él pudiera enfrentar al andar en la escuela; en la imagen 8 se puede observar a Juan Román desplazándose libremente por una de las áreas de la institución.

IMAGEN 8



Los primeros días de clases la hermana de Juan Román mostraba mucho interés por asistir a la escuela, mientras que él se tornó inquieto y asustado al pensar que

su mamá no estaría dentro de ésta, seguramente porque Juan nunca se había separado de su mamá y menos durante un largo lapso de tiempo, situación por la que su integración escolar fue prolongada en comparación de otros niños. Al respecto nos comentó la profesora Graciela Contreras Mora encargada del grupo 3ro. "D" en el que estaba inscrito Juan Román: *...diario entraba llorando, su integración y adaptación duró bastante tiempo fue alrededor de tres meses en el que el niño entraba diario al salón y era llorar y llorar* (Plática informal con la profesora Graciela Contreras Mora, 07/12/2012). Esta situación llevó a que la profesora tuviera un contacto más cercano con la Sra. García, tomando como estrategia diaria quedarse los tres durante aproximadamente 20 minutos al finalizar el horario de clases, con el fin de saber a precisión el estado de salud físico y mental, la dinámica familiar, qué atención había tenido hasta el momento, así mismo, el poder dialogar con la Sra. García sobre su comportamiento del día y de cómo iba progresando su adaptación; la profesora Graciela nos mencionó que para lograr que la inclusión de Juan Román fuera evolucionando, exhortó a la mamá de Juan a que la apoyara platicando con él, dándole ánimos y explicándole que en la escuela va a ir sólo unas cuantas horas para que aprenda y que ella iba a esperarlo afuera del Jardín de Niños como todas las demás mamás, esto con la intención de que él fuera más tranquilo a la escuela y se pudiera integrar fácilmente.

Esto nos llevó a preguntarle a la profesora Graciela: *¿cuál fue su impresión al saber que Juan estaba inscrito con usted?*, a lo que nos contestó: *...crea angustia en el sentido de que aunque tenga uno la formación de Licenciada en Educación Preescolar, no tenemos a veces todos los elementos, todas las herramientas; las cuestiones físicas de la escuela, por ejemplo ahorita ya tenemos las rampas pero al inicio del ciclo escolar no había ni rampas [...] pero en un inicio si resulta complicado porque en lo personal en los 16 años que llevo de servicio nunca había trabajado con un niño con NEE* (Profra. Graciela Contreras Mora, 18/01/2013).

Como ya habíamos hecho mención en el primer capítulo, el departamento encargado de brindar apoyo a los niños que enfrenten BAYP y asesoría a los profesores regulares y padres de familia de Educación Preescolar es el CAPEP. En este caso el servicio fue rehabilitado, hasta el mes de noviembre cuando llegó la Lic. Carmen Inocencia Fuentes Franco.³⁴

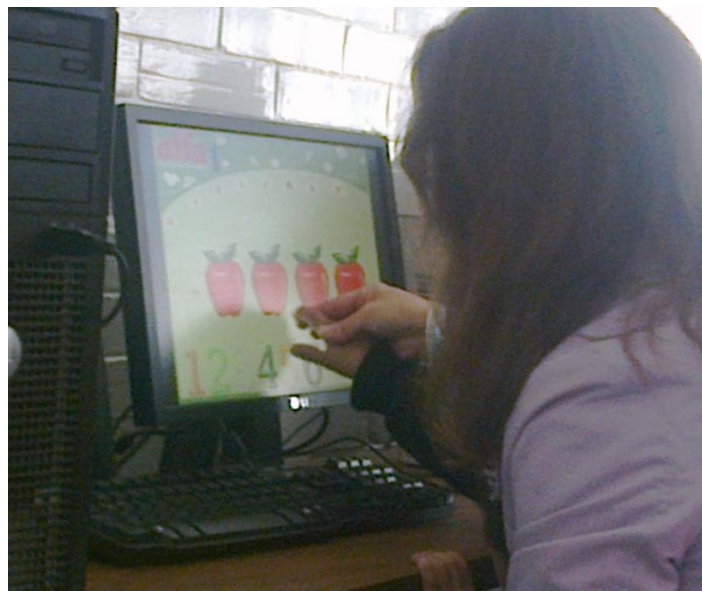
Durante nuestra estancia en el Jardín de niños “Centro Cultural Alfa”, pudimos observar muy de cerca a Juan Román, vimos su desenvolvimiento en el aula regular con la profesora Graciela, la profesora Roció de Inglés, en la clase de Educación Física con su profesor Luis, en los demás espacios de la escuela como en el salón de cantos y juegos, en el patio durante el recreo y en las sesiones con la profesora Carmen de CAPEP. Con base en estas observaciones nos pudimos percatar que en los primeros días de su estancia, al salir él de su salón de clases, le costaba trabajo adaptarse, ya que cada vez que se daba esto él lloraba, por ejemplo al dirigirse al salón de cantos y juegos se ponía muy nervioso y asustado porque no siempre estaba presente la profesora Graciela; comportamiento que cambiaba cuando él ya se sentía seguro en el espacio, haciendo las actividades en la medida de sus posibilidades, resaltando que siempre contó con el apoyo de sus compañeros en las actividades que se le dificultaban.

A lo largo del ciclo escolar nos percatamos que las profesoras Graciela y Carmen se ocupaban de que existiera un ambiente escolar cordial, de respeto y de apoyo para que Juan Román se desarrollara sin dificultades, buscando las dos profesoras trabajar en equipo, con el fin de vincular su trabajo. A la vez que cada una de ellas adecuaban las actividades para que él las pudiera realizar junto con sus compañeros, así como establecer estrategias de trabajo que favorecieran su aprendizaje y sobre todo que se estimulara su psicomotricidad durante las clases de educación física, ya que siempre se preocuparon por ejercitar la motricidad en pro del mejoramiento su elasticidad y flexibilidad; además, en las sesiones

³⁴ Es conveniente indicar que la licenciada ejerció como educadora regular en preescolar durante 15 años, después de estudiar la Licenciatura en Educación Preescolar y la de Psicología. Ella por motivación de sus compañeros, empezó a ejercer como psicóloga del CAPEP, con la finalidad de poder apoyar a sus colegas de preescolar.

individuales con la profesora Carmen reforzaba los contenidos escolares vistos en el aula regular de acuerdo a los lineamientos de trabajo que marca CAPEP que es brindar alternativas o recursos materiales adicionales y/o diferentes para que Juan Román adquiriera los mismos aprendizajes que sus compañeros, también recibía ayuda psicológica por parte de la profesora Carmen con el objetivo de reforzar su autoestima y eliminar o prevenir las posibles BAyP que pudiera enfrentar, como se muestra en la imagen 9:

IMAGEN 9



El aprendizaje continuo de Juan Román no fue del todo bueno, debido a que faltaba a la escuela uno o dos días por semana porque tenía que ir a sus terapias en el *Hospital Shriners para Niños*, aunado a la sobreprotección y mimos de los abuelos maternos y la falta de apoyo de su familia para realizar el trabajo escolar en casa. Referente al ámbito familiar, retomamos lo que ya habíamos planteado en el capítulo 1 recalcando que los procesos de inclusión educativa, de todo niño están íntimamente vinculados con la participación de la familia, son ellos los que favorecen o limitan y entorpecen dicho proceso. Se trata de una situación que, de un modo u otro, es justificado por la Sra. García, pues como ella nos dijo: *...a veces no me da tiempo de apoyar a Juan con sus tareas porque entre el trabajo*

de la casa, el cuidado de mi otra hija, el traslado de la casa al Hospital, el tráfico “criminal” y luego que tengo que acompañar a mi mamá al doctor por lo de su diabetes, hay veces que me canso tanto que no tengo la paciencia suficiente de sentarme con mis hijos para hacer la tarea (Plática informal con la mamá, 25/01/2013). Esta condición es una limitante en su proceso de aprendizaje, porque carece de un acompañamiento para la elaboración de las tareas en casa, pues si éste fuera constante y cuidadoso Juan Román tendría mayores avances, ya que observamos que es un niño capaz e interesado en la mayoría de las actividades escolares, como lo podemos ver en la imagen 10:

IMAGEN 10



Actualmente Juan Román está inscrito al primer grado de Educación Primaria en la escuela “Carlos Alvarado Lang”, la cual se ubica a unas cuadras de su casa. Esto fue posible gracias a los apoyos que recibió durante sus terapias en el *Hospital Shriners para Niños*, por su estancia en el Jardín de Niños “Centro Cultural Alfa” y por los apoyos que se le dieron en el hogar; sin embargo, mediante nuestras observaciones percibimos que a pesar del interés y dedicación de las profesoras Graciela y Carmen, él no adquirió todas las competencias que deben ser desarrolladas en los niños de su edad, debido a la problemática antes

indicada, no obstante en el aspecto motriz tuvo una notable evolución. Al respecto la profesora Graciela nos comentó: *Simple y sencillamente por la edad y por el sistema se va al siguiente nivel, pero de decir que lleva todas las competencias o lleva todos los aprendizajes que requiere el nivel primaria definitivamente no. Que de cómo entró a cómo sale, lleva grandes avances sobre todo en su motricidad* (Profra. Graciela Contreras Mora, 27/06/2013).

Al respecto de lo antes indicado consideramos conveniente indicar, que uno de los grandes problemas que hoy en día se están dando dentro de nuestro sistema de Educación Básica, es el hecho de que los alumnos aprueben o reaprueben en función de un proceso administrativo en el que ya no se toma en cuenta la formación académica; ya que en el acuerdo 648 se indica que:

[Se] ...fortalece la autoridad del docente a fin de que, en caso de que los menores que cursen segundo y tercero no alcancen los aprendizajes correspondientes, puedan repetir el año cuando obtengan un promedio final menor a seis (6). Esta reforma no obliga a los profesores a retener a los estudiantes, pero sí los faculta para adoptar la decisión que mejor amerite el caso sin descartar la opinión de los padres de familia o tutores, inclusive la del director del plantel (consultado 08/10/2013 en página Web: <http://www.sep.gob.mx/es/sep1/C0470413>).

En nuestra opinión dicho acuerdo es una desventaja para los alumnos que no alcancen las competencias de acuerdo a su nivel educativo ya que podría presentarse algún tipo de exclusión entre pares por el hecho de no tener los mismos conocimientos; lo cual se puede prevenir con la oportuna intervención de los profesionales de la educación en pro de la inclusión; aplicando estrategias que evidencien los aprendizajes esperados de los alumnos y manteniendo un seguimiento de su historial académico.

Finalmente con los comentarios antes descritos de la profesora Graciela, podemos reafirmar lo que pudimos identificar en nuestras observaciones. Sólo nos queda esperar que con los apoyos de la *Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular* (USAER), se den las condiciones para que Juan Román adquiera todas

las competencias correspondientes con su edad y del 1er. grado del nivel de educación primaria, dado que él no tiene discapacidad intelectual alguna.

3.5. Proceso de intervención para apoyar la Inclusión Educativa de Juan Román

Nuestra intervención comenzó desde el momento que conocimos a Juan Román, ya que al verlo nos percatamos de que sí tenía retraso psicomotor pero que éste podía ser sólo una característica de una posible PC, por lo que acudimos con nuestro asesor de tesis para solicitarle su opinión y asesoría sobre el diagnóstico de este caso; el Dr. Arturo Alvarez nos sugirió acudir a la Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral (APAC) la cual es una institución que brinda atención, servicios educativos y de rehabilitación a personas con discapacidad motora; en dicha institución nos indicaron que para obtener un “diagnóstico asertivo” se tenía que hacer una valoración con un costo de \$500.00 M/N.

Sabiendo los requisitos para dicha valoración, acudimos con la Sra. García para comentarle que sospechábamos que Juan Román tenía algún tipo de PC y le explicamos a grandes rasgos lo que ésta es; así mismo la exhortamos a que se le hicieran las pruebas necesarias para obtener un mejor diagnóstico aclarándole que los gastos que esto implicará correrían por nuestra cuenta, ya que sabemos que su situación económica no es sólida debido a que es madre soltera. Teniendo su aprobación, nos movilizamos para hacer cita en APAC ubicada en Dr. Arce 104 y 105, col. Doctores, del. Cuauhtémoc (Anexo 16).

La cita para la elaboración del diagnóstico en APAC fue el 12 de septiembre de 2012. Éste inició con una entrevista con la Psicopedagoga, la cual nos dejó estar presentes, ella le preguntó a la Sra. García cómo había sido el desarrollo pre, peri y postnatal de Juan Román. Al concluir ésta la Sra. y el niño pasaron a las siguientes pruebas en donde ya no pudimos estar presentes: la primer fue con un

médico general el cual le hizo un chequeo y le hizo preguntas a la Sra. García relacionadas con el historial clínico del niño; la segunda fue una entrevista con la Psicóloga quien le pregunto a la Sra. sobre su condición familiar, emocional, marital y social mientras Juan Román iluminaba en una mesa, así mismo le preguntó sobre el estado de salud emocional de su hijo y el tipo de relación que mantiene con las personas con las que convive; la tercera constó de una revisión dental en donde el especialista encontró varias caries, por lo que le indicó a la Sra. que era necesario atenderlo y cuidar la higiene de su boca y dientes; finalmente pasó con la Trabajadora Social donde le comunicaron los resultados del diagnóstico de su hijo, indicándole que efectivamente Juan Román tenía PC Espástica Infantil con Diparesia Espástica, lo cual significa que sus extremidades inferiores son las más afectadas y que también presente un estrabismo leve.³⁵

Nuestra sospecha fue acertada, por lo que la señora nos dio las gracias y nos dijo que dicha asociación le había hecho la invitación para que integrara al niño a sus servicios, sin embargo, como la Sra. García carecía de los recursos económicos necesarios para el ingreso y permanencia ella no aceptó. Antes de salir la Sra. García de APAC, la Trabajadora Social le entregó una carta en la que se indica:

APAC es una institución de atención en servicios educativos y de rehabilitación a personas con discapacidad motora.

En esta primera evaluación, te informamos:

1. La preconsulta es una revisión médica rápida.
2. Diferentes especialistas evaluarán al usuario: el médico y estomatología tardarán 30 minutos, 30 minutos aproximadamente durará la evaluación de neuropsicológica, psicología hará una entrevista de 30 minutos. Por último pasará con Trabajo social para explicar el procedimiento para su posible admisión o canalización.
3. El tiempo promedio de esta primera evaluación es de 2 a 2 y media horas.
4. Se le hará **una primera impresión diagnóstica de forma verbal.**
5. Si el usuario cumple con los requisitos para ser alumno de esta institución se le informará al concluir el proceso.
6. Posteriormente se le dará continuidad a la evaluación de forma más específica una vez que haya ingresado a esta institución.
7. Si el alumno es aceptado, se le pedirá a los padres o tutores la colaboración en actividades altruistas en beneficio para la institución (Anexo 17).

³⁵ Resulta pertinente indicar que el diagnóstico no le fue entregado a la Sra. García, ya que en APAC sólo lo hacen cuando el niño entra a la institución para ser atendido.

De acuerdo con lo antes indicado, es que no se cuenta con un documento que avale el diagnóstico de Juan Román.

Al saber dicho diagnóstico, la familia de Juan Román se angustió y se reusó a creerlo, porque pensaban que la PC era sinónimo de retraso mental, ese día el Sr. García dijo: *...no creo que éste sea el caso de Juanito, él es muy normal e inteligente, lo único que se le dificulta es moverse, pero yo digo que su cerebro funciona bien, porque desde chiquito se aprendía todo lo que veía y escuchaba* (Plática informal con el tío, 13/09/2012). Ante dicha creencia les explicamos que el tener PC no siempre implica un retraso intelectual, sino que más bien se trata de una lesión cerebral que afecta el área motriz del SNC, que la Espasticidad se refiere a tener un tono muscular muy elevado que ocasiona rigidez incapacidad para poder relajar los músculos y que la Diparesia se refiere a que las piernas están más afectadas que los brazos.

Con la finalidad de alentarlos, dado el rechazo manifestado por toda la familia, les contamos que conocemos a un matrimonio en el que los dos tienen PC y que a pesar de tener esta condición los dos hicieron una carrera profesional (el señor es Ingeniero en Sistemas y la señora es Psicóloga, ambos estudiaron en la *Universidad Nacional Autónoma de México* (UNAM) y ahora son padres de una hermosa niña la cual no tiene PC). Al finalizar nos agradecieron la información que les brindamos y en palabras de la Sra. Mejía (la abuela) nos dijo: *... ¡entonces si mi nieto sigue en sus terapias y le echa muchas ganas va a poder salir adelante! Gracias muchachas por explicarnos todas estas cosas, porque yo me imaginaba que mi niño nunca iba a poder ser independiente* (Plática informal con la abuela materna, 13/09/2012).

Una vez que aclaramos las dudas de la familia sobre el tipo de PC de Juan Román, nos enfocamos en analizar su proceso de inclusión educativa, para ello asistimos una vez por semana al Jardín de niños “Centro Cultural Alfa” ubicado en Av. Chicago y Calle Neptuno, s/n, col. Reacomodo el Cuernito, del. Álvaro

Obregón, durante todo el ciclo escolar 2012-2013, en donde diseñamos actividades y apoyamos el trabajo de la docente del 3ro “D”, grupo en el que estaba Juan Román.

Un trabajo que se desarrolló en Educación Preescolar etapa en la que según Zapata se: “...debe impulsar el desarrollo de la personalidad infantil en su totalidad, proporcionando a los niños una gran variedad de experiencias que les permitan agudizar sus sentidos y las vivencias de su entorno” (1999, p. 14). Motivo por el cual “La labor educativa debe apoyarse totalmente en las necesidades e intereses de la personalidad infantil, considerando las diferencias individuales y tratando de integrar todos los niveles de desarrollo de la personalidad” (Zapata, 1999, p. 13).

Para que nuestra intervención respondiera a lo antes indicado y para que propiciáramos la inclusión educativa del niño, las actividades con las que trabajamos en este nivel educativo las elaboramos guiándonos en nuestros conocimientos en pedagogía y apoyándonos del *Programa de Estudios 2011. Guía de la Educadora* (SEP, 2011). En el que se establecen el tipo y las condiciones en que se deben desarrollar la competencias de los niños preescolares, entendiendo que éstas son: “[Las capacidades...] *que una persona tiene de actuar con eficacia en cierto tipo de situaciones mediante la puesta en marcha de conocimientos, habilidades, actitudes y valores*” (SEP, 2011, p. 14).

Este modelo de trabajo implica encaminar la práctica pedagógica hacia el aprendizaje del mundo con base en sus conocimientos previos, buscando que los niños adquieran seguridad, autonomía y sean escolares creativos y participativos. Ello exige que el trabajo que se realice con los preescolares tenga como objetivos:

- Promover el desarrollo integral y armónico de la personalidad del niño preescolar.
- Estimular el desarrollo psicomotriz mediante actividades que permitan satisfacer las necesidades físicas para obtener una vida sana y feliz.

- Favorecer en desarrollo intelectual con actividades que estimulen el desarrollo del pensamiento infantil, que permitan la comprensión de la realidad y que fomenten la capacidad creadora propia de los niños de esta edad.
- Satisfacer el desarrollo afectivo y emocional, y colaborar en el proceso de socialización, generando un clima escolar de afecto, reconocimiento, seguridad, autonomía e independencia, e introducir a los niños en actividades grupales que les permitan aprender a interactuar y a convertirse en miembros cooperativos de los grupos.
- Estimular la libre expresión infantil en el juego, el dibujo, el lenguaje y el movimiento.
- Sensibilizar estéticamente por medio de actividades musicales, literarias, plásticas y cinéticas adecuadas.
- Cultivar la capacidad de asombro, investigación y experimentación en el conocimiento de la naturaleza, el medio social y la cultura humana.
- Integrar en la acción educativa a la familia del niño y a su comunidad (Zapata, 1999, p. 14).

Objetivos se pueden lograr *“...mediante el diseño de situaciones didácticas que les impliquen desafíos: que piensen, se expresen por distintos medios, propongan, distinguan, expliquen, cuestionen, comparen, trabajen en colaboración, manifiesten actitudes favorables hacia el trabajo y la convivencia, etcétera”* (SEP, 2011, p. 14).

En el caso de la Educación Preescolar, la formación de estas competencia debe ser a través del juego, ya que: *“...permite[n] a los niños la expresión de su energía y de su necesidad de movimiento, al adquirir formas complejas que propician el desarrollo de competencias”* (SEP, 2011, p. 21). Otro aspecto que se ve favorecido con el juego es su capacidad imaginativa porque mediante éste pueden crear una realidad distinta de la cotidiana y se pueden expresar de forma oral, gráfica y estética. Además con el juego se fortalecen las tres formas de participación: *“...individual (en que se pueden alcanzar altos niveles de concentración, elaboración y “verbalización interna”), en parejas ([al facilitar...] la cercanía y compatibilidad personal), y colectivos ([al exigir...] mayor autorregulación y aceptación de las reglas y sus resultados)”* (SEP, 2011, p. 21). Así mismo en el programa de estudios se indica que:

Las niñas y los niños con necesidades educativas especiales o con alguna discapacidad motriz, aunque requieren atención particular, deben ser incluidos en las actividades de juego y movimiento, y ser apoyados para que participen en ellas a partir de sus propias posibilidades. Animarlos a participar para que superen posibles inhibiciones y temores, así como propiciar que se sientan cada vez más capaces, seguros y que se den cuenta de sus logros... (SEP, 2011, p. 69).

Este planteamiento fue fundamental para definir nuestra intervención, ya que el niño con el que estábamos trabajando (nuestro caso) tiene PC Espástica, por lo que es primordial que se elaboren actividades para estimular su motricidad gruesa y fina³⁶ de Juan Román; de la misma manera, con lo señalado por la SEP se refuerza la idea de que “La psicomotricidad y el juego son las herramientas de las que el niño se vale para conocer el mundo, dominar sus impulsos sin perder iniciativa ni espontaneidad y para desarrollar relaciones satisfactorias con los demás” (Zapata, 1999, p. 14). Herramientas que fueron base para trabajar y planear actividades en pro de la inclusión educativa del caso.

En nuestra intervención abarcamos los seis campos formativos (lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, exploración y conocimiento del mundo, desarrollo físico y de salud, desarrollo personal y social, y por último, expresión y apreciación artísticas), los cuales están establecidos en el plan de estudios de Educación Preescolar. Éstos se han denominado: “...así porque en sus planteamientos se destaca no sólo la interrelación entre el desarrollo y el aprendizaje, sino el papel relevante que tiene la intervención docente para lograr que los tipos de actividades en que participan las niñas y los niños constituyan experiencias educativas” (SEP, 2011, p. 39). Campos que están pensados en función del desarrollo integral de los niños de preescolar. Éstos y los aspectos en que se organizan se muestran en el cuadro 2.

³⁶ La motricidad gruesa incluye el control de la cabeza, tronco y extremidades, y la fina se refiere el control de los movimientos principalmente de los dedos de la mano, aunque hay casos que pueden ser de los pies. (Zapata, 1999, p. 22)

CUADRO 2

CAMPOS FORMATIVOS	ASPECTOS EN QUE SE ORGANIZAN
Lenguaje y comunicación	<ul style="list-style-type: none">• Lenguaje oral.• Lenguaje escrito.
Pensamiento matemático	<ul style="list-style-type: none">• Número.• Forma, espacio y medida.
Exploración y conocimiento del mundo	<ul style="list-style-type: none">• Mundo natural.• Cultura y vida social.
Desarrollo físico y salud	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación, fuerza y equilibrio.• Promoción de la salud.
Desarrollo personal y social	<ul style="list-style-type: none">• Identidad personal.• Relaciones interpersonales.
Expresión y apreciación artísticas	<ul style="list-style-type: none">• Expresión y apreciación musical.• Expresión corporal y apreciación de la danza.• Expresión y apreciación visual.• Expresión dramática y apreciación teatral.

(SEP, 2011, p.40)

A la par de lo antes mencionado diseñamos las actividades centrándonos en que:

Los niños deben mover, tocar, escuchar, oler, experimentar, probar, crear y descubrir cuanto existe en el mundo que les rodea por lo que la escuela tiene que ofrecerles, como recursos para su aprendizaje, materiales, contenidos y posibilidades de descubrir y crear experiencias variadas (SEP, 2011, p. 14).

Por ello creamos actividades que fueran novedosas, complejas de acuerdo a su edad y a sus conocimientos previos y que éstas generaran motivación para el trabajo grupal en cada sesión. Cabe mencionar que las actividades planeadas se hicieron con la aprobación previa de la profesora Graciela, en las que siempre se procuró generar un ambiente de seguridad en los niños, ya que sabemos que es una base para favorecer la participación de todo el grupo así como su aprendizaje.

En el transcurso de la planeación de cada una de las actividades, pensamos diseñarlas por campo formativo, con la intención de aplicarlas cada quince días,

dado que un viernes lo dedicábamos a realizar observaciones (sobre la manera en que se desarrollan las actividades, el tipo de interacción entre los niños, la manera cómo se dirigía la docente al niño y los comportamientos que tenía nuestro caso) y el otro a ponerlas en práctica. Sin embargo, al ir las estructurando nos percatamos de que éstas abarcaban más de un campo formativo, lo que nos llevó a identificar los vínculos que entre éstos se daban para poder precisar el tipo de competencias que estábamos desarrollando en los niños.

Para ello establecimos como criterios de organización de las actividades el que:

- Juan Román pudiera realizarlas,
- Todo el grupo pudiera participar con él,
- Se realizaran en un espacio adecuado,
- Los recursos didácticos fueran manipulables por Juan Román y el resto de los niños,
- Las estrategias didácticas fueran pertinentes a Juan Román, al resto de los niños y al tipo de actividad,
- Estuvieran vinculadas con las actividades programáticas de la profesora Graciela,
- El tiempo destinado a la actividad y los lapsos de descanso fueran pertinentes a la condición de Juan Román y de los niños en general,
- Se involucrara alguien de la familia (mamás, papás, hermanos o tutores), cuando hubiera la oportunidad.

Para diseñar las actividades, los viernes que íbamos a realizar las observaciones, destinábamos un tiempo para conversar y acordar con la profesora Graciela en qué parte del programa iba y cómo lo estaba trabajando, con la finalidad de que nuestras actividades correspondieran con el avance programático en el que se encontraba el trabajo de la profesora; de tal manera que nuestra participación estuviera vinculada a las competencias que ella estaba trabajando. De ahí que las actividades que organizamos a lo largo del ciclo escolar fueron las siguientes:

La *Telaraña* fue nuestra técnica de presentación con el grupo, constó en que los alumnos se sentaran en el suelo del patio formando un gran círculo para que todos tuviéramos contacto visual, la técnica la comenzó Karen quien dijo su nombre, su edad y la fruta que más le gusta, terminando la presentación sostuvo la punta de una bola de estambre que lanzó a Betzabé quien estaba frente de ella, la que a su vez igual dijo su nombre, su edad y la fruta que más le gusta, ella a su vez sostuvo una parte del estambre y la bola la lanzó a otro niño quien también tuvo que indicar lo que Karen y Betzabé habían dicho, teniendo que sostener otra parte del estambre, para lanzar la bola a otro compañero; y así sucesivamente todo el grupo, de tal manera que el hilo de estambre acabó por formar una especie de telaraña, lo que resultó muy divertido para los niños y permitió que nos conociéramos por nuestro nombre. Se abarcaron los siguientes campos formativos: Lenguaje y comunicación, Desarrollo físico y salud y Desarrollo personal y social. La propuesta programática de esta actividad la podemos ver en el cuadro 3.

CUADRO 3

Actividad 1 La Telaraña		Fecha: 5 de octubre de 2012		
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>Se les explicará a los niños que con ayuda del estambre se formará una telaraña.</p> <p>Los participantes se colocarán de pie formando un círculo y se le entregará a un alumno la bola de estambre; él o ella, tendrá que decir su nombre, edad y la fruta que más le guste. Luego, éste tomará la punta del estambre y lanzará la bola a otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. La acción se repetirá hasta que todos los participantes queden enlazados en una especie de telaraña. Cabe mencionar que antes de que demos inicio con la actividad se les explicará a los niños la importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe quién va a lanzarles la bola. (Zaror, consultado 15/09/2012, en página Web:http://tecnicasdetrabajogrupal.blogspot.mx/2011/06/la-telarana.html)</p>	<p>Una bola de estambre grande</p> <p>Color opcional</p>	<p>Presentarnos con el grupo</p> <p>Crear un ambiente de confianza entre los niños y nosotras</p> <p>Integración grupal</p> <p>Aprendernos los nombres de los alumnos</p>	<p>Lenguaje y comunicación</p> <p>Desarrollo físico y salud</p> <p>Desarrollo personal y social</p>	<p>1:15 hrs.</p>

La matrogimnasia que se llevó a cabo en el salón de cantos y juegos y que consistió en hacer ejercicios físicos con la participación activa de todas las mamás o tutores, con la intención principal de estimular la motricidad gruesa y fina de los alumnos, vincular a (mamás, papás, hermanos o tutores) con las actividades escolares de forma lúdica para que sus hijos adquieran más seguridad en su desenvolvimiento con el entorno, control espacial y lo que implica el trabajar en equipo.

En esta actividad Juan Román y la Sra. García se mostraron entusiastas y muy participativos, a pesar de que a Juan le costaba mayor trabajo realizar la actividad se esmeraba para hacerlo lo mejor posible. En la siguiente imagen se puede observar el trabajo realizado en esta sesión, en donde se abarcaron los seis campos formativos: Leguaje y comunicación, Pensamiento matemático, Exploración y conocimiento del mundo, Desarrollo físico y salud, Desarrollo personal y social y Expresión y apreciación artísticas. La propuesta programática de esta actividad la podemos ver en el cuadro 4.

CUADRO 4

Actividad 2 Matrogimnasia			Fecha: 12 de octubre de 2012	
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
*Gimnasia, baile, juego y expresión corporal *Motricidad gruesa – saltar, correr, caminar, etc. *Motricidad fina – abrocharse la blusa, escribir, dibujar, etc.	Grabadora musical Una pelota por alumno Una cobija por alumno Ropa cómoda	Fomentar la activación física mediante gimnasia, baile, juego y expresión corporal tanto en los alumnos como en sus mamás, papás, hermanos o tutores Estimular la motricidad gruesa y fina en los alumnos Estrechar el vínculo afectivo entre padre-hijo Fomentar la Integración grupal	Lenguaje y comunicación Pensamiento matemático Exploración y conocimiento del mundo Desarrollo físico y salud Desarrollo personal y social Expresión y apreciación artísticas	2:00 hrs Con un descanso intermedio de 10 min. En el cual cantamos

IMAGEN 11

Los padres de familia y los alumnos en la actividad *matrogimnasia*.



Por primera vez se utilizó el material didáctico “*El microscopio*” con la finalidad de que los niños aprendieran su función, cómo utilizarlo y observaran microorganismos los cuales venían en unas plaquetas de plástico. La utilización de este material captó el interés de todos los niños y desarrolló su imaginación al tratar de describir lo que veían por el lente, así mismo se fortaleció el compañerismo ya que durante la actividad se intercambiaban las plaquetas para ver las características de otros microorganismos. En esta actividad Juan Román demostró su capacidad descriptiva y manifestó sus ideas mediante la participación oral. Se abarcaron los siguientes campos formativos: Lenguaje y comunicación y Exploración y conocimiento del mundo. La propuesta programática de esta actividad, la podemos ver en el cuadro 5.

CUADRO 5

Actividad 3 Microscopio		Fecha: 9 de noviembre de 2012		
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
Con ayuda del microscopio de juguete (material con el que cuenta el Jardín de niños "Centro Cultural Alfa") todos los alumnos harán una serie de observaciones y aprenderán las funciones del mismo.	Microscopio de juguete Pilas Plaquetas plásticas con microorganismos	Despertar el espíritu investigador, observador y descriptor de los alumnos Aprender el funcionamiento del microscopio Fomentar el interés del conocimiento del mundo	Lenguaje y comunicación Exploración y conocimiento del mundo	1:15 hrs

IMAGEN 12
Alumnos trabajando con el microscopio



Los sonidos de animales:(vaca-muge, borrego-bala, perro-ladra y gato-maúlla) esta actividad consistió de tres etapas.

Primera Etapa: *Torbellino de ideas*, se formaron equipos de ocho niños, se les repartió a cada equipo una imagen con algún animal ya sea doméstico o de granja, a partir de éste se les preguntó las ideas que tienen acerca del animal que les tocó en torno a: dónde vive cada animal (vaca, borrego, perro y gato), de qué se alimenta cada animal y qué sonido hace cada animal. Esta etapa tuvo como finalidad que los niños retomaran sus conocimientos de la vida cotidiana y utilicen el lenguaje oral para expresar sus ideas.

Segunda Etapa: en ésta se hicieron a un lado las sillas y mesas dejando libre el centro del salón para tener el espacio necesario para la actividad *abrazo de animales*, se les pidió que caminaran en el centro del salón de manera desordenada, y mientras hicieron esto, imaginaron que eran el animal que se les indicó, a la vez, tenían que hacer el sonido de dicho animal, (vaca-muge, borrego-bala, perro-ladra y gato-maúlla) posteriormente se les dio la indicación “abrazo de 2, 5, 3 u 8 animales” en ese momento ellos buscaron el número de compañeros indicado para abrazarse. Esta etapa tuvo la finalidad de integrar al grupo en equipos distintos a los usuales, para pasar a la siguiente actividad.

Tercera Etapa: *Descubre el rompecabezas*, se les entregó un rompecabezas a cada equipo en donde los niños lo fueron armando pegándolo en la mitad de una cartulina. Concluyendo esto, se les pidió que comentaran qué sintieron al armar el rompecabezas, si se les hizo fácil o difícil, con la intención de saber cómo se dio su trabajo en equipo y si se les dificultó respetar los turnos y opiniones de sus pares.

Estas actividades se realizaron satisfactoriamente ya que contaron adecuadamente al formar equipos, aprendieron el nombre de los sonidos que emiten los animales y supieron trabajar en equipo a pesar de que no trabajaron con los compañeros de siempre.

En esta actividad Juan Román participó dando las características de su mascota (un perro) mientras que al hacer el sonido de los animales lo reproducía con gran emoción y al pegar el rompecabezas que le había tocado a su equipo él se encargó de poner el pegamento a cada pieza. Los campos formativos que se abarcaron son Lenguaje y comunicación, Pensamiento matemático, Exploración y conocimiento del mundo, Desarrollo personal y social. La propuesta programática que se siguió se presenta en el cuadro 6.

CUADRO 6

Actividad 4 Los sonidos de animales		Fecha: 23 de noviembre de 2012		
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>El trabajo de esta sesión se dividirá en tres etapas:</p> <p>Primera Etapa: <i>Torbellino de ideas</i>, se formarán equipos de ocho niños y se les repartirá a cada equipo una imagen con algún animal ya sea doméstico o de granja, a partir de éste se les preguntarán las ideas que tienen acerca del animal que les tocó (vaca, borrego, perro y gato) en torno a dónde vive, de qué se alimenta y qué sonido hace.</p> <p>Segunda Etapa: se explicará al grupo que los sonidos que emiten los animales tienen un nombre (vaca-muge, borrego-bala, perro-ladra y gato-maúlla), posteriormente, se harán a un lado las sillas y mesas dejando libre el centro del salón, para tener el espacio necesario para la actividad <i>abrazo de animales</i>, se les pedirá a los niños que caminen en el centro del salón de manera desordenada, y mientras hacen esto, deben imaginar que son el animal que se les indique, a la vez, tendrán que hacer el sonido de dicho animal, (vaca-muge, borrego-bala, perro-ladra y gato-maúlla) posteriormente se les indicará "abrazo de 2, 5, 3 u 8 animales" en ese momento ellos buscarán el número de compañeros mencionado para abrazarse.</p> <p>Tercera Etapa: <i>Descubre el rompecabezas</i>, se les entregará un rompecabezas a cada equipo en donde los niños lo armarán y pegarán en la mitad de una cartulina. Concluyendo con esto último, se les pedirá que comenten qué sintieron al armar el rompecabezas, si se les hizo fácil o difícil.</p>	<p>Imágenes de vacas, borregos, perros y gatos.</p> <p>Cuatro Rompecabezas gigantes (ploteados a color)</p> <p>Pegamento</p> <p>Cuatro pliegos de papel cartulina</p> <p>Plumones</p>	<p>Fomentar el trabajo en equipo</p> <p>Fortalecer la integración grupal</p> <p>Utilizar el lenguaje oral para expresar ideas.</p> <p>Que los niños hagan uso de sus conocimientos de la vida cotidiana.</p>	<p>Lenguaje y comunicación</p> <p>Pensamiento matemático</p> <p>Exploración y conocimiento del mundo</p> <p>Desarrollo personal y social</p>	1:30 hrs.

IMAGEN 13
Rompecabezas armados por cada equipo



Figuras geométricas y resolución de problemas, esta vez se retomaron los conocimientos de los niños, sobre las figuras geométricas (cuadrado, círculo, triángulo y rectángulo) y sobre la resolución de problemas que implican realizar operaciones básicas como son la suma y resta, cosa que los niños ya habían trabajado con la profesora Graciela en días pasados; la actividad se inició mostrándoles a los niños un cuadrado, un círculo, un triángulo y un rectángulo, al mismo tiempo se les hizo como ¿qué figura es esta?, ¿cuántos lados tiene?, ¿tiene lados rectos o curvos?, ¿todos sus lados son iguales?, ¿cuántos lados largos tiene?, ¿cuántos lados cortos tiene?, entre otras, esto con la finalidad de que los niños observaran, reconocieran y expresaran las características de cada una de las figuras utilizando el lenguaje matemático correspondiente a su edad; al finalizar se agrupó a los niños en cuatro equipos, una vez que se hizo lo antes mencionado, se les explicó a los niños que cada equipo tenía que resolver cuatro problemas, apoyándose de las figuras geométricas (cuadrado, círculo, triángulo y rectángulo) que se les había repartido, también se les explicó que una vez que hayan resuelto el problema, tenían que representar su solución en el papel bond que estaba al centro de su mesa de trabajo, en donde iban pegando la cantidad de

figuras que fueran necesarias para realizar la operación según el problema. Notamos que a Juan Román se le dificultó realizar esta actividad ya que nos percatamos de que aún no ha adquirido este aprendizaje de hecho al pedirle su participación se mostró inseguro e incluso se reusó a participar limitándose a sólo pegar las figuras en el papel.

La intención de realizar esta actividad con el grupo fue que los niños fortalecieran su pensamiento matemático mediante la resolución de problemas. Los campos formativos que se abarcaron en esta actividad fueron Pensamiento matemático, Lenguaje y comunicación y Desarrollo personal y social. La propuesta programática se puede ver en el cuadro 7.

CUADRO 7

Actividad 5 Figuras geométricas y resolución de problemas			Fecha: 14 de diciembre de 2012	
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>Se les mostrará a los niños un cuadrado, un círculo, un triángulo y un rectángulo hechos de hojas de papel y se les harán preguntas sobre las características de cada una de ellas.</p> <p>Posteriormente se agrupará a los niños en cuatro equipos y se les explicará que cada equipo tiene que resolver cuatro problemas, utilizando las figuras geométricas (cuadrado, círculo, triángulo y rectángulo). Una vez que los niños hayan resuelto el problema, representarán su solución en el papel bond, pegando en él la cantidad de figuras que sean necesarias para realizar la operación según el problema.</p>	<p>Figuras geométricas hechas de hojas de papel (cuadrado, círculo, triángulo y rectángulo).</p> <p>Papel bond.</p>	<p>Favorecer que los niños observen, reconozcan y expresen las características de las figuras geométricas (cuadrado, círculo, triángulo y rectángulo).</p> <p>Fortalecer el pensamiento matemático de los niños.</p> <p>Estimular la apropiación del lenguaje matemático correspondiente a la edad de los niños.</p> <p>Propiciar el desarrollo del razonamiento matemático.</p> <p>Reforzar la realización de operaciones básicas como la suma y resta.</p> <p>Fomentar el trabajo en equipo.</p>	<p>Pensamiento matemático</p> <p>Lenguaje y comunicación</p> <p>Desarrollo personal y social</p>	<p>1:30 hrs.</p>

IMAGEN 14
Solución de las operaciones



Orden ascendente y descendente de los números, en esta actividad los niños usaron y mencionaron los números en orden ascendente y descendente. La actividad comenzó recordando el orden estable de los números, alentando al grupo para juntos mencionar en voz alta los números del 1 al 15, después se les explicó a los niños que los números se pueden ordenar de otras maneras como lo es el orden ascendente y descendente. Posteriormente, se les pidió a los niños que sacaran su cuaderno para que en el ordenarán los números de la manera que se les solicitara ascendente, en el primer caso, empezando por el uno y llegando hasta el número diez, y en segundo, en orden descendente comenzando del número 15 hasta el número 5. En esta ocasión notamos que Juan Román se confunde con los números posteriores al diez ya que altera su orden.

Los campos formativos con los que se trabajaron fueron Pensamiento matemático y Lenguaje y comunicación. La propuesta programática que se llevó a cabo se puede ver en el cuadro 8.

CUADRO 8

Actividad 6 Orden ascendente y descendente de los números			Fecha: 18 de enero de 2013	
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
Se iniciará mencionando en voz alta los números del uno al quince en su orden estable. Después se explicará al grupo que los números se pueden ordenar de otras maneras como lo es el orden ascendente y descendente; en seguida se pasará a que en su cuaderno ordenen una serie de números; en el primer caso, será en orden ascendente empezando por el uno y llegando hasta el número diez, y en segundo, en orden descendente comenzando del número 15 hasta el número 5.	Cuaderno Lápiz	Contribuir a que los niños practiquen el orden estable de los números. Que los niños identifiquen el orden de los números en forma escrita. Lograr que usen y mencionen los números en orden ascendente y descendente	Pensamiento matemático Lenguaje y comunicación	1 hr.

IMAGEN 15
Alumnos ordenando los números



Seriaciones numéricas: para llevar a cabo esta actividad el grupo se dividió en cuatro equipos, a cada integrante del equipo se le entregó un vagón para que entre todos armaran un tren; cuando ya habían armado el tren se les pidió que anotaran en el primer vagón el número tres con número y letra, en seguida se les explicó que había que descubrir el número correspondiente a cada vagón, esto por

medio de sumar de tres en tres (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24); es decir al número tres se le van a sumar o agregar tres y el resultado se va a anotar con número y letra en el siguiente vagón y así sucesivamente. Para que los niños realizaran las sumas se les proporcionaron unas fichas, sin embargo dejamos que cada alumno eligiera el método que más se le facilitara para realizar la suma, al final cada equipo mostró su tren ante sus demás compañeros. Durante la actividad nos percatamos que para Juan Román es muy motivador que los trabajos se realicen en equipo y más aún si son de forma lúdica, pues hemos apreciado que cuando el trabajo implica interactuar con sus compañeros él se desenvuelve de mejor manera y su participación es activa en clase.

El fin último de esta actividad fue reforzar la resolución de sumas por medio del conteo así como la escritura de los números y el fomento al trabajo en equipo; lo que nos llevó a trabajar con los campos formativos: Pensamiento matemático, Lenguaje y comunicación y Desarrollo personal y social. La propuesta programática que se trabajó se muestra en el cuadro 9.

CUADRO 9

Actividad 7 Seriaciones numéricas			Fecha: 8 de febrero de 2013	
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
Se dividirá al grupo en cuatro equipos y a cada niño se le entregará un vagón a continuación se les pedirá que anoten en el primer vagón el número tres con número y letra, en seguida se les explicará que en cada vagón debe haber un número y que lo obtendrán si suman de tres en tres (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24) y el resultado se anotará con número y letra en el siguiente vagón y así sucesivamente; al final cada equipo mostrará su tren ante sus demás compañeros. Cabe aclarar que para que los niños realicen las sumas se les proporcionarán unas fichas.	Hojas de color Marcadores Pegamento	Reforzar la resolución de sumas. Propiciar el uso del conteo. Estimular la escritura de los números. Fomentar el trabajo en equipo	Leguaje y comunicación Pensamiento matemático Desarrollo personal y social	2 hrs.

IMAGEN 16
Tren terminado de cada equipo



El Tangram este material consta de siete piezas (cinco triángulos de diferentes formas, un cuadrado y un trapezoide), se comenzó entregando a cada niño un tangram y se les explicó que con dichas figuras geométricas se iban a realizar las formas que estaban expuestas en el pizarrón (un niño, un pato, un gato, una casa y un conejo) dejando claro que al formarlas no debe quedar ni una de las piezas sin utilizarse y que éstas no deben sobreponerse, cabe mencionar que en esta etapa de la actividad, dejamos que los niños descubrieran por sí mismos cómo se armaban las figuras mediante sus intentos y razonamientos que hacían al manipular el material; cuando terminaron de armar las figuras, cada niño las pegó en su cartulina. Posteriormente, a partir de las figuras que armaron, se les pidió que inventaran una historia, finalmente cada niño pasó al frente para relatar ante sus demás compañeros su historia y mostrar sus figuras.

En cuanto al desempeño de Juan Román, observamos que le es difícil percibir de qué manera están acomodadas las piezas del tangram, asimismo notamos que a pesar de que le es complicado manipular el material con precisión debido a su dificultad motora, él es perseverante y hace varios intentos lo que genera que él

requiera de mayor tiempo para llevar a cabo su trabajo; mientras que la elaboración de la historia se le facilitó mucho y se mostró entusiasta al pasar a relatarla.

Con este material didáctico pretendemos favorecer la memoria visual de los niños, desarrollar la percepción geométrica mediante la copia de modelos e identifiquen la relación entre las partes y el objeto, también es una herramienta que conduce al alumno a observar, comparar y reconocer formas geométricas y por ende identificar tamaños y ayudar a despertar en el niño el desarrollo de sentido espacial, así como su imaginación y fantasía, ya que se tiene la posibilidad de que un mismo modelo, se arme acomodando las piezas de maneras diferentes. Los campos formativos que se abarcaron en esta actividad fueron: Pensamiento matemático y Lenguaje y comunicación. La propuesta programática que se siguió se puede ver en el cuadro 10.

CUADRO 10

Actividad 8 El Tangram				Fecha: 1 de marzo de 2013
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
Se le entregará a cada niño un tangram y se les explicará que con éste se realizarán las formas expuestas en el pizarrón (un niño, un pato, un gato, una casa y un conejo) dejando claro que al armarlas no debe quedar ni una pieza sin utilizarse y que éstas no deben sobreponerse; al terminar esto, cada niño las pegará en una cartulina. Posteriormente, a partir de las figuras que armen se les pedirá que inventen una historia; para finalizar, cada niño pasará al frente y relatará su historia ante sus compañeros y mostrará sus figuras.	Un tangram para cada niño (que consta de siete figuras geométricas cinco triángulos de diferentes formas, un cuadrado y un trapecoide) Formas hechas con el tangram (un niño, un pato, un gato, una casa, etcétera) Una cartulina para cada niño	Favorecer la memoria visual de los niños. Desarrollar la percepción geométrica. Que los niños identifiquen la relación entre las partes y el objeto. Conducir al alumno a observar, comparar y reconocer formas geométricas y a identificar tamaños. Despertar en el niño el desarrollo de sentido espacial, así como su imaginación y fantasía	Pensamiento matemático Lenguaje y comunicación	2 hrs.

IMAGEN 17
Figuras hechas con el tangram



Estados del agua (líquido, sólido y gaseoso). Se les explicó a los alumnos los tres estados del agua con la ayuda de unas imágenes, y mediante una lluvia de ideas en donde intervinieron diciendo en dónde ven el agua y su función; posteriormente se les dio una hoja con los cambios físicos del agua en la cual iluminaron y recortaron cada una de las imágenes, al terminar las pegaron en orden de acuerdo a las acciones y a los números correspondientes. Con el objetivo de que los niños aprendieran y reconocieran los estados físicos del agua. En esta actividad Juan Román fue muy participativo ya que dijo que él ha visto el agua cuando está en estado gaseoso, en sus palabras: *cuando nos bañamos el agua es agua líquida y también esta gaseosa porque sale humito de agua.* Se abarcaron los siguientes campos formativos: Lenguaje y comunicación y Exploración y conocimiento del mundo. La propuesta programática que se aplicó se puede ver en el cuadro 11.

CUADRO 11

Actividad 9 Estados del agua (Líquido, sólido y gaseoso). Fecha: 15 de marzo de 2013				
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
Se les explicará a los alumnos los tres estados del agua con la ayuda de unas imágenes, y mediante una lluvia de ideas les preguntaremos en qué espacios ven el agua, en qué estado se encuentra y cuál es su función; posteriormente se les dará una hoja con los cambios físicos del agua en la cual iluminarán y recortarán cada una de las imágenes, para que al terminar las peguen en orden de acuerdo a la secuencia de acciones y a los números correspondientes.	Hojas impresas con la actividad Colores Tijeras Pegamento Cuaderno	Reconocer los estados físicos del agua Favorecer la reflexión y expresión de sus observaciones y conocimientos	Lenguaje y comunicación Exploración y conocimiento del mundo	1hr.

IMAGEN 18

Material de los estados del agua y alumnos realizando la actividad



Llegó la nieve a mi salón para abordar el tema Cambios de estado físico, se elaboró nieve utilizando hielo, sal de mar, jugo de cualquier sabor, bolsas plásticas y un bote plástico con tapa; una vez que cada niño tenía sobre su mesa el material antes mencionado los niños siguieron este procedimiento: vaciaron un poco de jugo y un hielo en una bolsa plástica haciendo un nudo para que quede hermético,

posteriormente tomaron el bote de plástico y metieron dicha bolsa llenando los espacios sobrantes del bote con hielo y sal de mar para después taparlo y comenzar a agitarlo vigorosamente hasta que la nieve estuviera lista.

A lo largo de la actividad, el grupo se mostró muy atento en seguir las instrucciones que dictábamos y utilizar los ingredientes en las cantidades necesarias para obtener su nieve. Al término, los niños degustaron su nieve y a la vez, se abrió un espacio para que los niños expresaran sus inquietudes y emociones sobre lo realizado; para finalizar con la actividad se les solicitó a los niños que en su cuaderno registraran mediante dibujos los pasos que siguieron para hacer la nieve y el cambio que sufrió el jugo. En cuanto a Juan Román resaltamos que en todo momento se mostró muy interesado y realizó un trabajo muy bien hecho y aunque no pudo hacer los dibujos en su cuaderno debido a su daño motor, él narró su experiencia ante todos sus compañeros.

Con esta actividad se buscó proporcionar a los niños una experiencia que fuera estimulante para el desarrollo de su capacidad de observación, estando en contacto directo con fenómenos físicos, como lo es el cambio de estado líquido a sólido, que despertaran su curiosidad y los llevara a formularse preguntas sobre el cómo y por qué ocurren ciertos fenómenos; igualmente, se buscó favorecer la reflexión y la narración de su experiencia al registrar en su cuaderno o relatar los pasos que siguieron. Los campos formativos que se trabajaron fueron: Exploración y conocimiento del mundo, Lenguaje y comunicación y Pensamiento matemático. La propuesta programática que se llevó a cabo se puede ver en el cuadro 12.

CUADRO 12

Actividad 10 Llegó la nieve a mi salón			Fecha: 12 de abril de 2013	
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>Se repartirá a cada alumno un bote plástico con tapa y se colocará al centro de cada mesa de trabajo un recipiente con hielo, otro con sal de mar, bolsas plásticas y jugo de cualquier sabor; después se les dirá a los niños que sigan las siguientes instrucciones: vaciar un poco de jugo y un hielo en una bolsa plástica, hacerle un nudo a la misma para que quede hermético (se pasará a rectificar que las bolsas de cada niños estén bien cerradas), posteriormente tomar el bote de plástico y meter la bolsa con el jugo y llenar los espacios sobrantes del bote con hielo y sal de mar para después tapanlo y agitarlo vigorosamente hasta que la nieve esté lista.</p> <p>Al finalizar, los niños degustarán su nieve y se permitirá que los niños expresen sus inquietudes y emociones sobre lo realizado; por último, los niños registrarán en su cuaderno los pasos para hacer la nieve y el cambio que sufrió el jugo mediante dibujos.</p> <p>En el caso de Juan Román se le pedirá que narre frente a sus compañeros su experiencia debido a que no le es posible elaborar los dibujos.</p>	<p>Hielo.</p> <p>Sal de mar.</p> <p>Jugo de cualquier sabor.</p> <p>Bolsas plásticas.</p> <p>Bote plástico con tapa</p>	<p>Estimular el desarrollo de la capacidad de observación.</p> <p>Brindar una experiencia que los ponga en contacto directo con el cambio de estado líquido a sólido.</p> <p>Despertar la curiosidad de los niños para que esto los lleve a formularse preguntas sobre el cómo y por qué ocurren ciertos fenómenos.</p> <p>Favorecer la reflexión, la narración de su experiencia y la construcción del sentido de sucesión u ordenamiento.</p> <p>Que los niños organicen y registren la sucesión de pasos que siguieron.</p> <p>Que los niños trabajen con la noción de medida o cantidad de ingredientes.</p>	<p>Exploración y conocimiento del mundo</p> <p>Lenguaje y comunicación</p> <p>Pensamiento matemático</p>	<p>2hrs.</p>

IMAGEN 19
Elaboración de la nieve



Jugando a Sumar y a restar. Para esta actividad conseguimos un ábaco gigante que nos prestó una profesora del mismo Jardín de Niños, con ayuda de éste trabajamos en grupo y fuimos haciendo operaciones (sumas y restas) en donde todos los niños pasaron al frente a hacer una operación apoyándose en el ábaco, pero mientras pasaba un alumno los demás desde sus lugares hacían la misma operación pero apoyándose de fichas plásticas de colores. El objetivo de esta actividad fue reforzar las sumas y restas por medio del conteo. El recurso del ábaco fue todo un éxito ya que fue un estímulo para que todos los alumnos participaran. A Juan Román se le facilita contar o restar con ayuda de fichas plásticas de colores, con ayuda del ábaco normal o en éste caso del ábaco gigante. En esta actividad abarcamos el campo formativo: Pensamiento matemático. La propuesta programática que se realizó se puede ver en el cuadro 13.

CUADRO 13

Actividad 11 Jugando a Sumar y a restar.		Fecha: 03 de mayo de 2013		
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>Todos los alumnos pasarán uno a uno a realizar una operación matemática (suma o resta) ante el ábaco gigante, mientras que los demás alumnos realizarán la misma operación en su cuaderno pero con ayuda de las fichas plásticas de colores.</p>	<p>Ábaco gigante</p> <p>Fichas plásticas de colores</p> <p>Cuaderno</p>	<p>Reforzar las operaciones matemáticas (suma y resta)</p> <p>Propiciar el uso del conteo.</p> <p>Estimular la escritura de los números.</p>	<p>Pensamiento matemático</p>	<p>2hrs.</p> <p>Con un descanso intermedio de 10 min. En el cual cantamos</p>

IMAGEN 20
Ábaco gigante



Obra de teatro “El elefante fotógrafo” Organizamos una obra de teatro en el salón de cantos y juegos, con apoyo de títeres y del cuento “El elefante fotógrafo”:

Había una vez un elefante que quería ser fotógrafo. Sus amigos se reían cada vez que le oían decir aquello:

- Qué tontería - decían unos- ¡no hay cámaras de fotos para elefantes!
- Qué pérdida de tiempo -decían los otros- si aquí no hay nada que fotografiar...

Pero el elefante seguía con su ilusión, y poco a poco fue reuniendo trastos y aparatos con los que fabricar una gran cámara de fotos. Tuvo que hacerlo prácticamente todo: desde un botón que se pulsara con la trompa, hasta un objetivo del tamaño del ojo de

un elefante, y finalmente un montón de hierros para poder colgarse la cámara sobre la cabeza.

Así que una vez acabada, pudo hacer sus primeras fotos, pero su cámara para elefantes era tan grandota y extraña que parecería una gran y ridícula máscara, y muchos se reían tanto al verle aparecer, que el elefante comenzó a pensar en abandonar su sueño.. Para más desgracia, parecían tener razón los que decían que no había nada que fotografiar en aquel lugar...

Pero no fue así. Resultó que la pinta del elefante con su cámara era tan divertida, que nadie podía dejar de reír al verle, y usando un montón de buen humor, el elefante consiguió divertidísimas e increíbles fotos de todos los animales, siempre alegres y contentos, ¡incluso del malhumorado rino!; de esta forma se convirtió en el fotógrafo oficial de la sabana, y de todas partes acudían los animales para sacarse una sonriente foto para el pasaporte al zoo (Sacristán, consultado 18/03/2013, en página Web: <http://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/el-elefante-fotografo>).

Con el objetivo de que los niños sean perseverantes, no abandonen sus sueños, y, haciendo observaciones éticas como el no excluir o no burlarse de sus compañeros. Juan Román se mostró muy emocionado y en general todos los niños comentaron que es malo burlarse de los compañeros, que ellos también querían ser inventores y despertaron demasiado su imaginación. Los campos formativos que abarcamos en dicha actividad fueron: Desarrollo personal y social y Expresión y apreciación artísticas. La propuesta programática seguida para esta actividad se puede ver en el cuadro 14.

CUADRO 14

Actividad 12 Obra de teatro “El elefante fotógrafo”.			Fecha: 17 de mayo de 2013	
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>Se les relatará a todos los alumnos una obra teatral del cuento “El elefante fotógrafo”, cuyo autor es Sacristán.</p> <p>Esta actividad se realizará, en el salón de cantos y juegos. Al final se realizará con los niños una reflexión grupal sobre las implicaciones que tienen ante la discriminación y cómo la perseverancia lleva a que todos podamos alcanzar nuestros propósitos, sin importar quién es y cómo somos.</p>	<p>Títeres (elefante, rinoceronte, cebra, león y jirafa)</p>	<p>Fomentar la inclusión y el respeto</p> <p>Estimularlos para que cumplan sus metas</p>	<p>Desarrollo personal y social</p> <p>Expresión y apreciación artísticas</p>	<p>1hr.</p>

IMAGEN 21
Obra de teatro “El elefante fotógrafo”



Creando con cuerpos geométricos: para llevar a cabo esta actividad utilizamos cuerpos geométricos (que los niños habían armado en clases anteriores con la profesora Graciela), hojas de color, marcadores y pegamento que les habíamos pedido de tarea en la sesión pasada. Como primer paso se organizó al grupo en parejas y se les indicó que platicaran entre sí para llegar a un mutuo acuerdo en cuanto a qué figura iban a armar uniendo sus cuerpos geométricos con ayuda de su imaginación dejando claro que debían respetar y tomar en cuenta la opinión de su pareja; también se les comentó que podían decorar su figura con los marcadores y las hojas de color. Cuando terminaron de armar su figura, la expusieron ante todo el grupo y expresaron cómo llegaron a un acuerdo, cómo habían armado la misma y cuáles eran los cuerpos geométricos que habían utilizado; además, durante el descanso los niños colocaron sus trabajos en unos estantes fuera del salón para compartirlos con toda la comunidad estudiantil.

Para Juan Román fue una actividad muy divertida y se le facilitó armar su figura ya que el tamaño de los cuerpos geométricos era apropiado para que los pudiera manipular; junto con su pareja armó un camión y ambos comentaron frente al grupo que trasladaba juguetes y que la idea de hacer un camión fue de Juan Román mientras que la idea de que trasladaba juguetes fue de su compañero; así

mismo, mencionaron los nombres de los cuerpos geométricos sin ninguna dificultad. En esta actividad se trabajó con los campos formativos: Pensamiento matemático, Desarrollo personal y social y Expresión y apreciación artísticas. La propuesta programática se puede ver en el cuadro 15.

CUADRO 15

Actividad 13 Creando con cuerpos geométricos.				Fecha:7 de junio de 2013
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>Primeramente se organizará al grupo en parejas y se les pedirá que pongan sobre sus mesas los cuerpos geométricos que habían elaborado en sesiones anteriores con la profesora Graciela, después se les indicará que platicuen entre sí para llegar a un mutuo acuerdo en cuanto a qué figura van a armar uniendo sus cuerpos geométricos y que pueden decorarla con las hojas de color y los marcadores; cuando terminen de armar su figura, la expondrán ante todo el grupo y expresarán cómo llegaron a un acuerdo, cómo armaron la misma y cuáles son los cuerpos geométricos que utilizaron.</p> <p>Durante el descanso los niños colocarán sus trabajos en unos estantes fuera del salón para compartirlos con toda la comunidad estudiantil.</p>	<p>Cuerpos geométricos</p> <p>Hojas de color</p> <p>Marcadores</p> <p>Pegamento</p>	<p>Que los niños construyan el sentido de separación.</p> <p>Despertar la imaginación de los niños.</p> <p>Propiciar que los niños usen y combinen formas geométricas para formar objetos.</p> <p>Que los niños reconozcan diversos cuerpos geométricos.</p> <p>Contribuir en la formación de actitudes positivas hacia el trabajo en equipo.</p> <p>Fomentar el respeto hacia las ideas del otro mediante el intercambio de ideas.</p>	<p>Pensamiento matemático</p> <p>Desarrollo personal y social</p> <p>Expresión y apreciación artísticas</p>	<p>2hrs.</p>

IMAGEN 22
Figuras con cuerpos geométricos



Animales de granja, en esta ocasión retomamos la visita que el grupo había hecho en días anteriores a una granja, utilizando como material didáctico dibujos de animales pegados en el pizarrón, cada niño pasó a describir el animal que se le indicó y a la vez tenía que mencionar si era un animal que vive en una granja o no; igualmente, narraron su experiencia al visitar la granja, comentando lo que vieron y aprendieron acerca de los animales que ahí habitan; es preciso señalar que se hizo hincapié en que los niños establecieran relaciones temporales (antes, después, al final, ayer, hoy) al momento de narrar. Posteriormente se le repartió a cada niño un par de imágenes de animales que viven en una granja, las cuales tenían que iluminar, pegar en un papel bond y escribir el nombre correspondiente, esto con el objetivo de reafirmar lo aprendido.

La participación de Juan Román en la descripción de los animales fue muy detallada, mientras que en la actividad de colorear y pegar las imágenes se mostró contento ya que las imágenes que le tocaron eran de los animales de la granja que más le habían gustado; en cuanto a la escritura del nombre de los animales, Karen apoyó a Juan Román para que él pudiera escribir. Los campos formativos

que se abarcaron en esta actividad fueron: Lenguaje y comunicación, Exploración y conocimiento del mundo y Expresión y apreciación artísticas. La propuesta programática que se aplicó se puede ver en el cuadro 16.

CUADRO 16

Actividad 14 Animales de granja			Fecha:21 de junio de 2013	
Desarrollo	Material	Objetivos	Campos formativos	Tiempo
<p>Con base en la visita que el grupo hizo en días anteriores a una granja, cada niño pasará al pizarrón a describir el animal que se le indique, y a la vez mencionará si es un animal que vive en una granja o no; igualmente, narrará su experiencia al visitar la granja, comentando lo que vio y aprendió acerca de los animales que ahí habitan.</p> <p>Posteriormente se repartirá a cada niño un par de imágenes de animales que viven en una granja, para que las iluminen, las peguen en un papel bond y les escriban el nombre correspondiente.</p>	<p>Dibujos de animales</p> <p>Imágenes de diversos animales para colorear.</p> <p>Papel bond</p> <p>Crayones o lápices de color</p> <p>Pegamento</p>	<p>Que los niños expresen sus ideas y explicaciones.</p> <p>Lograr que los niños establezcan relaciones temporales (antes, después, al final, ayer, hoy, mañana) al explicar sus experiencias vividas.</p> <p>Que los niños describan animales a partir de lo observado.</p> <p>Fortalecer la escritura.</p>	<p>Lenguaje y comunicación</p> <p>Exploración y conocimiento del mundo</p> <p>Expresión y apreciación artísticas</p>	<p>2hrs.</p>

IMAGEN 23
Actividad: animales de granja



La oportunidad de trabajo académico que nos brindó la opción de campo Inclusión/integración educativa fue una herramienta para analizar los hechos de manera crítica y encaminar nuestra intervención en pro de la inclusión educativa; esto reforzado con nuestras observaciones no participantes del trabajo de la profesora Graciela quien nos comentó que el modelo de EI:

...es uno de los puntos que ahorita se están abordando, bueno que le estamos dando mayor importancia, que aunque siempre se ha dado, pero yo lo considero asertivo porque la educación si debe de ser para todos, sin embargo, considero que sí deberían de brindarnos más elementos para poder trabajar con estos niños, en específico, por ejemplo con Juan Román, uno como profesional, investiga y trata de abordarlo con otros profesores sobre todo con los de CAPEP para que nos den elementos, pero en este caso , también por parte de la SEP deberían dar cursos en donde se den acciones o actividades que podamos abordar con todos los niños, porque en muchos casos que he ido a cursos nos dan todo lo teórico y se abordan las problemáticas y demás pero las acciones reales, o sea de ya venir y trabajar con los pequeños es donde nos hace falta (Profesora Graciela Contreras Mora, 16/11/2012).

El que la SEP no se encargue de impartir capacitaciones a los profesores en torno a los temas referentes a diversas discapacidades, problemas de aprendizaje o aptitudes sobresalientes, no limitó a la profesora Graciela ya que se actualiza e investiga dentro de sus posibilidades; así mismo nos afirma que las juntas de consejo técnico que se realizan el último viernes de cada mes la han orientado pues *...en algunas juntas del consejo técnico se abordan temas de inclusión educativa, en ocasiones en mayor medida, otros en menor, pero sobre todo la maestra de CAPEP nos expone temas referente a esto y aborda una acción con nosotros como adultos y cómo podríamos abordarlo con los niños* (Profesora Graciela Contreras Mora, 16/11/2012).

Enfocándonos en el proceso de enseñanza-aprendizaje de Juan Román pudimos observar la intervención que hizo la profesora Graciela en donde como primer acción se dedicó a identificar las posibles BAyP que pudieran interferir en su aprendizaje, ella nos comentó: *después de conocer a Juan fuimos adecuando las actividades para que él pudiera integrarse, las pudiera realizar y obviamente le estuviera favoreciendo en los aprendizajes y sobre todo en la cuestión motora* (Plática informal con la profesora Graciela Contreras Mora, 07/12/2012). Lo que observamos al respecto es que la profesora estimuló la motricidad del grupo, siendo que algunas actividades consistían en brindarles materiales que pudieran explorar y manipular, también nos percatamos que hizo adecuaciones curriculares ya que tal cual vienen los contenidos en el programa de estudios no siempre se podían abordar con Juan Román debido a su problema motor.

Una parte fundamental de la inclusión educativa de Juan Román fue el apoyo que recibió del departamento de CAPEP que de acuerdo con la profesora Graciela:

La maestra Carmen viene un día a la semana en el grupo y trabaja con todos los niños dándoles una actividad en donde él se pueda integrar pero abarcando a todos los compañeros para que él se sienta incluido pero la observación es específicamente para Juan Román. La maestra de CAPEP me proporciona lecciones para trabajarlas específicamente con él para realizarlas y sobre todo el manejar la situación emocional porque es muy sensible ya que si él falta un día a la escuela es como regresar mucho tiempo porque para él regresar y adaptarse le resulta muy complicado el

desprenderse de su mamá que es con la que convive todo el día, entonces es de empezar otra vez y ahí se vuelven a implementar todas estas acciones (Profesora Graciela Contreras Mora, 17/05/2013).

Durante las sesiones con la profesora Carmen de CAPEP percibimos que trabajaba con diferentes técnicas de aprendizaje las cuales consideramos que cumplían su objetivo, pero resaltamos que cuando trabajaba individualmente con Juan Román utilizando un programa de computadora para reforzar el aprendizaje de los números y las letras él prestaba más atención al funcionamiento y manejo del equipo que a las actividades académicas a realizar en éste, por ser una herramienta con la que no había trabajado antes.

En el trabajo de la profesora Carmen con todo el grupo nos dimos cuenta que las sesiones abordaban principalmente situaciones que fomentaban el compañerismo, en ocasiones recalando que se puede aprender de la diversidad porque todo ser humano es único y podemos aprender del otro, al respeto de la convivencia entre Juan Román y sus compañeros, la profesora Graciela nos comentó que:

Siento que es una relación cercana, ellos desde el primer momento lo integraron, reconocían por qué traía andadera, porque él no se puede sentar bien y aspectos así, pero ellos no lo ven diferente, lo ven como un compañero más y Juan Román se siente así, en un inicio le costó trabajo, no por ellos, si no, por la dependencia que él ya traía de casa de que “quiero a mi mamá” “estoy con mi mamá” “quiero que mi mamá me apapache” y demás pero ellos lo incluyeron poco a poco, platican con él, entienden su situación, lo apoyan, en un inicio por ejemplo le acercaban los materiales ahora dejan que él lo haga solo y si ven que no puede lo apoyan pero en ambas partes si lograron acoplarse, ha establecido lazos afectivos con varios de ellos uno de ellos es Carlos y de él se apoyó y después fue con otro compañero y veo que si se ha dado esa relación tanto con niños como con niñas hasta de otros grupos, a lo mejor no con todos los niños de la escuela pero con quienes salimos al recreo sí (Profesora Graciela Contreras Mora, 17/05/2013).

Como se observa en la imagen 24 sus compañeros de Juan Román nunca lo dejaban solo y siempre le ofrecían su ayuda.

IMAGEN 24



Resaltamos que durante nuestra convivencia con el grupo 3° “D” apreciamos que siempre se mantuvo una buena relación entre pares y jamás vimos algún indicio de discriminación hacia ningún niño, creemos que se dio debido a la orientación que recibieron a lo largo del ciclo escolar.

En las sesiones que se nos permitió observar el trabajo de la profesora Graciela comprobamos las palabras de Zapata donde dice:

La fase [...] preescolar, es un periodo de inmensos cambios [lo que] exige del educador un conocimiento cabal de las principales características evolutivas en los niveles biológico, psicológico y social, de modo que la educación no obstaculice el desarrollo, la capacidad creadora ni la libertad espontánea propia del niño en esta etapa tan plástica de la vida (1999, p. 13).

Estas exigencias fueron cubiertas por la profesora puesto que ella acompaña el proceso de enseñanza-aprendizaje de cada alumno de manera holística, además tiene una organización en su trabajo guiándose de sus planeaciones que siguen los principios del *Programa de Estudios de Educación Preescolar 2011* manteniendo siempre una actitud de observación en las actividades; asimismo, propicia experiencias que fomentan una buena relación grupal mediante la interacción entre pares fomentando el respeto y valoración hacia la diversidad.

En contraste de lo que sucedía en el Jardín de Niños, dentro de la familia de Juan Román, él tomaba otra actitud debido a la sobreprotección que recibe de esta, perjudicando su desarrollo, desenvolvimiento y aprendizaje tanto escolar como de la vida diaria, ante ello la profesora Graciela dijo:

Es algo en lo que no puedo incidir pero que si nos afecta, el hecho de la dinámica familiar que lleva en casa, a la mamá la orientamos en varios aspectos, con ella me refiero a cómo se comportó, qué avances tuvo, etcétera. Pero con los demás integrantes de la familia, no he tenido ninguna relación porque a veces no podían venir para que yo pudiera abordar con ellos estas situaciones y que no pudieran ayudar y otra que a lo mejor no venían por miedo a venir y enfrentarse a que otra persona te diga ¡Román tiene esta situación!, tienes que hacer esto pero implica esfuerzo, implica compromiso y responsabilidad, entonces el único contacto que tuve fue con la mamá pero con las demás personas no, entonces lo que se logró aquí en casa no lo refuerzan, en casa no le permiten ser más independiente, no le permiten esa libertad, no lo dejan que él lo haga por sí mismo y todo le dan o le hacen, posiblemente por la sobreprotección o ese miedo a que se lastime “eso lo va retrasando-limitando”. Yo aquí lo dejo que él se siente y que él mismo saque sus cosas así se tarde las horas, saque la cuchara, logre meter el popote (la primera vez que lo logró fue así como ¡que hasta se le iluminaron los ojos!), pero por más que hablo con su mamá y le digo que platique con su familia y les explique a las personas que conviven con Juan Román (que son sus abuelos) que lo dejen experimentar, que lo dejen hacer, no he visto su apoyo en este aspecto, lamentablemente yo no puedo ir hasta su casa y decirles. Si todos los integrantes de la familia se hubieran puesto de acuerdo, teniendo las mismas reglas para con Román ahorita él estuviera mucho más arriba porque no es posible que con un día que él falte retroceda una semana debido a la dependencia hacia su madre, la angustia de quedarse en el aula siendo que ha venido todos los días a la escuela y ya sabe lo que pasa aquí y esto no solo lo digo yo sino también la maestra de CAPEP (Profesora Graciela Contreras Mora, 17/05/2013).

La profesora Carmen ha conversado con la Sra. García en varias ocasiones y le ha brindado actividades para que Juan Román las realice en casa; pero en ocasiones se nota que él no es quien las realiza, entonces si no lo dejan que las haga por si solo sin importar cómo le quede, cómo le salga, la Sra. García propicia que el aprendizaje no sea para Juan Román y solo se le está obstaculizando.

Tocar el tema de la familia siempre resulta complicado ya que el comportamiento de la misma es diferente ante el contexto social y lo que es realmente dentro del hogar, además es difícil que todos los miembros se comprometan y apoyen, desafortunadamente esta situación es la que se vive en la dinámica familiar de Juan Román. Lo que nosotras observamos es que dicha dinámica ha propiciado que él se aproveche y en casa tome una actitud de “yo no puedo” para que con

ello no deje de ser solapado por sus abuelos y madre. Destacamos que en cuestión de la atención médica y de rehabilitación siempre han estado al pendiente y han procurado que su evolución sea constante; sin embargo, en la cuestión académica dejan mucho que desear, desaprovechando el apoyo e interés que se les brindó dentro del Jardín de Niños. Por lo que vemos conveniente que la familia se organice de tal manera que coadyuve al desarrollo integral de Juan Román. Ante este planteamiento, no debemos olvidar que el desarrollo de un sujeto implica un equilibrio en todos los aspectos, de acuerdo con Zapata:

Los distintos aspectos del desarrollo –el biológico, el intelectual, el social, el psicomotriz y el emocional– se interrelacionan y, por lo tanto, se modifican mutuamente. Esto no quiere decir que sus desarrollos sean simultáneos, pues en realidad son desiguales y combinados, [lo que exige un trabajo colaborativo entre la familia y el centro escolar] (1999, p. 14).

Como habíamos indicado, las actividades y sugerencias antes descritas fueron realizadas con el fin de favorecer la inclusión educativa de Juan Román y para fortalecer su aprendizaje. Así mismo nuestra intervención nos permitió saber cómo se desarrolla actualmente el modelo de EI en preescolar, ello complementándose con nuestra observación no participante.

3.6. Prospectiva del desarrollo de Juan Román

Como indicamos en este capítulo, al concluir el año escolar 2012-2013 en el Jardín de Niños “Centro Cultural Alfa”, Juan Román fue inscrito en la escuela Primaria “Carlos Alvarado Lang”. Una institución de educación primaria regular y pública, la que cuenta con el apoyo de profesores de USAER, lo que seguramente favorecerá su inclusión educativa en este nivel.

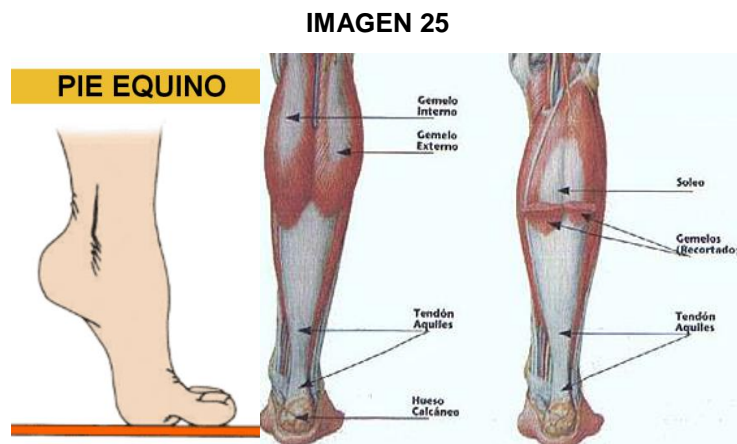
Partiendo del nivel psicomotriz fino de Juan Román, el que no está plenamente desarrollado para la escritura (debido a su espasticidad), podemos indicar que en la actualidad éste puede ser sustituido por el uso de una computadora que le

permitiría minimizar sus dificultades motrices para realizar las actividades escolares. Por fortuna, en la escuela primaria a la que se integra cuenta con el equipo de cómputo suficiente para la comunidad estudiantil, cosa que permitirá que haga uso de este recurso.

Sabemos que Juan Román no tiene ningún déficit cognitivo y que puede aprender a la par de sus compañeros, por lo que si él quiere y los apoyos familiares³⁷ se lo permiten, él podrá continuar con sus estudios a nivel superior.

En cuanto a su desarrollo físico está pendiente una operación de los pies, ya que Juan Román tiene pie equino (una deformidad que hace que los pies sólo se puedan apoyar en la parte del avampie), de ahí que se distinga por una marcha en puntillas siendo que el talón no puede ser apoyado en el suelo. En algunos casos se puede deber al acortamiento del Tendón de Aquiles.³⁸ Como indica Tachdjian, la deformidad equina puede ser tratada con procedimientos quirúrgicos sin embargo:

Antes de que se piense en procedimientos quirúrgicos sobre el pie, el pequeño debe tener un buen equilibrio cuando se sienta y cuando está erguido, y una buena potencialidad de marcha obtenida con un periodo de adiestramiento de la marcha primero con barras paralelas y más adelante con muletas (1976, p. 786).



(Pie equino, Consultado el 17/09/2013, en página Web: http://www.podoortosis.com/a_introduccion/d01.htm)
(Tendón de Aquiles, Consultado el 17/09/2013, en página Web: <http://www.clinicapodotec.com/biomecanica.htm>)

³⁷ Cuando hablamos de su condición familiar nos referimos a su economía y a la sobreprotección por parte de sus abuelos.
³⁸ El tendón de Aquiles es la extensión tendinosa de los tres músculos de la pantorrilla: gemelo, sóleo y plantar delgado. En los humanos, este tendón pasa por detrás del tobillo y es el más grueso y fuerte del cuerpo (Consultado el 17/09/2013, en página Web: <http://ortopediadeportiva.com.mx/t04.html>)

Hay que tener en cuenta que la clave del éxito de la operación no es sólo ésta, sino también es la rehabilitación y la atención posoperatoria, ya que la cirugía sólo sería la etapa inicial. Cuando se le haga esta cirugía a Juan Román, él podrá desplazarse sin depender del apoyo de la andadera y con ello incrementar su independencia.

Una pieza clave para que esto se logre es la familia, ya que *“Los efectos formativos de la educación [...] sobre el desarrollo de las niñas y los niños serán más sólidos en la medida en que, en su vida familiar, tengan experiencias que refuercen y complementen el trabajo [escolar]...”* (SEP, 2011, p. 26). Es decir, la participación plena de la familia es fundamental para el desarrollo y formación de todo sujeto, ya que Juan Román, como la mayoría de los niños, en las primeras etapas de la vida dependen de su condición familiar. En el caso de él queda claro que su familia, además de aceptar su condición ha buscado la manera de apoyarlo en todo lo que sea necesario, no solo en el aspecto médico sino también en el escolar.

Con todo lo antes indicado consideramos que si Juan Román sigue siendo apoyado por su familia y por las instituciones educativas, estará en condiciones de desarrollar una formación profesional y poderse integrar laboralmente a una empresa que realice inclusión.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo hemos hecho hincapié en el pleno derecho que toda persona tiene a la educación, por tal motivo es indiscutible la necesidad de reconocer y valorar la diversidad de sujetos que convergen en todo centro educativo, sujetos que tienen su propia historia y que son movidos por intereses y apoyos distintos. Esta visión es acogida por nuestro Sistema Educativo, ya que se ha tomado en cuenta el modelo de EI para el desarrollo de los planes y programas de estudio; destacando, que con el apoyo de los profesionales se ha intervenido para combatir las posibles BAYP que llegaran a enfrentar los educandos (por ejemplo: barreras curriculares y barreras arquitectónicas de los centros educativos).

Dicho modelo, lo observamos muy de cerca gracias al trabajo que realizamos a lo largo del ciclo escolar 2012-2013 en el Jardín de Niños “Centro Cultural Alfa” resultando una posibilidad de formación muy útil para nuestro futuro quehacer profesional, ya que esta primer experiencia que tuvimos en pro de la EI nos abrió las puertas hacia un espacio en el que aún queda trabajo por hacer; al igual, nos permitió acercarnos a una situación real de inclusión educativa manteniendo una mirada reflexiva, en la cual tuvimos la oportunidad de trabajar en equipo con los profesionales de la educación (profesora de apoyo del CAPEP y profesora de aula regular).

Esto nos llevó a reconocer que los profesores del aula regular, son el motor para que dentro del centro escolar se de dicho proceso de inclusión, ya que son ellos los que directamente trabajan con los educandos; condición que nos condujo a pensar que si la SEP se ocupara en brindar capacitaciones teórico-práctico permanentes a los docentes en cuestiones relacionadas con la inclusión, los

profesores podrían comprender y responder a la diversidad de necesidades educativas de su alumnado de manera adecuada; así mismo, pensamos que en las juntas de Consejo Técnico del Jardín de Niños “Centro Cultural Alfa”, no sólo se tienen que abordar temas relacionados con la violencia escolar, prevención de abuso, problemas de aprendizaje, o cuestiones pertenecientes al funcionamiento de la escuela;³⁹ sino que además se deberían dedicar tiempo para hablar de inclusión educativa, de la detección de las necesidades educativas de los niños, del tipo de estrategias a seguir para apoyar su inclusión y de la manera cómo se trabaja con los profesores de apoyo, para resolver todas las problemáticas que se implican en una EI. Una acción que se debe implementar en todos los centros educativos de preescolar.

Lo ideal en el ámbito educativo, es que los profesores regulares, los profesores de apoyo y la familia del menor trabajen en equipo para lograr una plena inclusión tanto educativa, social y hasta laboral; sabemos que la familia es la primer instancia educativa, ya que principalmente son los padres o tutores quienes pasan más tiempo con los educandos, ellos conocen a los niños mejor que nadie y, seguramente, son los que tienen un mayor interés porque sus hijos tengan una vida lo más plena posible. Desgraciadamente en muchas ocasiones son los mismos padres los que generan las BAYP, debido a diversos factores como la sobreprotección o el descuido.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, nos percatamos que como principio es primordial contar con una figura que cumpla la función de mediador para mejorar la comunicación de estos tres actores, para que mejore la comunicación y el desempeño de su función; esta figura es la del pedagogo(a), ya que es un profesional que mira a la educación en todas sus vertientes: escolar, familiar, social y laboral y que por su formación tiene las competencias necesarias para impulsar el dialogo y el trabajo colaborativo, apoyando la elaboración de la

³⁹ Cabe aclarar que este dato nos fue proporcionado por las profesoras Carmen Inocencia Fuentes Franco y Graciela Contreras Mora.

planificación, ejecución y evaluación de los procesos de enseñanza-aprendizaje de los educandos.

Ante acciones como éstas, nosotras como pedagogas destacamos que después de que los padres hayan recibido un diagnóstico médico, lo que necesita la familia es una explicación adecuada que les clarifique las razones por las cuales el niño muestra comportamientos que son diferentes al resto de los niños de su edad. Además creemos indispensable que como profesionales de la educación debemos informarnos si la familia tiene claro el diagnóstico y el estado de su hijo, para que la familia sepa lo que sí se puede hacer y lo que no es posible para su rehabilitación, terapia y educación. Nuestras sugerencias para la familia tras recibir el diagnóstico son: tratar de mantener la misma rutina, buscar apoyo profesional para toda la familia, ir comunicando al resto de los familiares conforme se vayan sintiendo seguros, aceptar la condición del niño y nunca ocultarlo ante la sociedad.

Siguiendo con la descripción de nuestra labor como pedagogas en apoyo de la inclusión educativa de Juan Román podemos decir que nos fue difícil la comprensión de los términos médicos ya que nuestra formación no está encaminada al manejo de los mismos, sin embargo, no fue un impedimento para la realización de la investigación pues uno de los compromisos que esta implica es ir un paso más allá que la obviedad con el objetivo de obtener un aprendizaje real. Cabe aclarar que jamás pretendemos tomar el papel del médico especialista o de cualquier otro profesional, lo único que buscamos es tener un mayor conocimiento de las discapacidades, problemas de aprendizaje o aptitudes sobresalientes de la población estudiantil para con ello lograr que el diseño y aplicación de estrategias de aprendizaje sean las correctas y que cubran con las necesidades educativas específicas de cada caso.

Haciendo énfasis en nuestra intervención en el grupo al que pertenecía Juan Román, consideramos que nuestra estancia fue acertada, ya que en todas las propuestas programáticas y actividades que diseñamos cuidamos que las

podieran realizar todos los niños sin hacer ningún tipo de distinción para así lograr una dinámica grupal armónica, también nos apoyamos en nuestros conocimientos adquiridos en toda la licenciatura y sobre los relacionados a las necesidades educativas de los sujetos con PC; a la vez, estas actividades fueron acorde con el avance programático de la profesora Graciela ya que ayudó a que se reforzaran las competencias que se desarrollan en cada campo formativo recalcando que los criterios en los que organizamos las actividades están guiados a responder tanto a las características de Juan Román como a las de sus demás compañeros pues no podemos olvidar que la atención educativa debe ser igual para todos.

Todo esto está vinculado con nuestra investigación, de ahí que la veamos como una contribución para futuros trabajos relacionados con la EI y como una incitación para el estudio de esta temática con el fin erradicar las barreras que obstaculizan la inclusión en diferentes contextos; por lo que tenemos que ver a la diversidad como una oportunidad para aprender del otro y no como un problema o dificultad para la convivencia.

Hemos de insistir en la necesidad de eliminar la segregación de personas por el simple hecho de considerarlas diferentes etiquetándolas como “anormales”, pues no debemos olvidar que cada uno de nosotros formamos parte de lo diverso, ninguno de nosotros es idéntico o igual a los otros, todos tenemos nuestras cualidades y defectos. Hay que aprender que nunca seremos iguales unos con otros y que en lo único en que nos podremos asemejar es en los derechos y obligaciones que por ley nos corresponden. Por estas diferencias, hay que forjar una escuela que fomente valores indispensables para una convivencia armónica y respetuosa, los cuales permitan conocer y aceptar lo diverso en busca de un futuro en el que la inclusión educativa sea el medio por el que se llegue a una sociedad incluyente, en la que se goce de la diversidad en todos los escenarios.

Por último cabe destacar que nos sentimos orgullosas de haber apoyado la inclusión educativa de Juan Román ya que aprendimos mucho de él, de la

educación preescolar, de cómo trabajan los profesionales de CAPEP para apoyar a los niños que así lo requieren y lo principal es que nos quedamos con lo mejor de esta experiencia que es el haber sido testigos y partícipes de la evolución de un niño con PC de tipo espástica y que estamos seguras que el día de mañana será un eslabón productivo de nuestro país.

REFERENCIAS

- Albert, María (2007). *La investigación educativa. Claves teóricas*, España: McGraw-Hill.
- Asociación Mexicana Pro-Paralítico Cerebral (1984). *Historia de la Parálisis Cerebral*. México: AMPPC.
- Bachrach, Steven. (2012). Parálisis cerebral. [Recuperado de: http://kidshealth.org/kid/en_espanol/enfermadades/cerebral_palsy_esp.htm], (consultado 31/03/2013).
- Bautista, Rafael (coord.) (2002). *Necesidades Educativas Especiales*. Málaga: Aljibe.
- Bell, Rodríguez; Rafael, Nuria Illán & Juan, Martínez, (2010): "Familia – Escuela – Comunidad: pilares para la inclusión", pp. 47-58. En Juan Benito Martínez (Coordinador, 2011): *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, "Educación y exclusión social". Núm., 69, Diciembre de 2010. Facultad de Educación, Universidad de Zaragoza.
- "Blog de Federico Froebel". [Recuperado de: <http://federicofroebelenlahistoria.blogspot.mx/p/propuesta-pedagogica.html>], (consultado 08/05/2013).
- Booth, Tony & Ainscow, Mel (2000). *Índice de Inclusión: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Santiago: UNESCO.
- Bonals, Joan & Sánchez, Manuel (2006). *La evaluación psicopedagógica*. México: GRAO.
- Cabrera, Gabriel (Junio 2011). "La educación inicial en México: fundamentos curriculares y atención a la diversidad". *Reseña de investigación*. [Recuperado de: <http://eib.sep.gob.mx/cgeib/images/stories/Interculturalidadparatodos/resenainicial.pdf>], (consultado 15/05/2013).
- Cano, Rufino (coord.) (2003). *Bases pedagógicas de la educación especial. Manual para la formación inicial del profesorado*. España: Biblioteca Nueva.
- Cardona, Miguel; Gallardo, María & Salvador María (2001). *Adaptemos la Escuela: Orientaciones ante la discapacidad motórica*. Málaga: Aljibe.
- Carrasco, José & Calderero, José (2000). *Aprendo a investigar en educación*, España: RIALP.

- Castellano, Ernesto & María Escandón (coords.) (2006). *Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial*. SEP: México.
- Centro de Cirugía Especial de México, IAP (s.a.). Parálisis Cerebral y otras formas de Especialidad. [Recuperado de: <http://www.ccem.org.mx/pci/clasif.htm>], (consultado 03/04/13).
- Clasificación de la PC. [Recuperado de: <http://www.ccem.org.mx/pci/clasif.htm>], (consultado 20/03/2013).
- Cuadro 1 La maestra Reyna María de la Soledad Núñez Márquez nos proporcionó la siguiente cronología de apertura de centros CAPEP. (Mtra. A, 16/11/2012)
- Dirección de Educación Especial (2012). *Educación inclusiva y recursos para la enseñanza*, México: DEE.
- Dirección General de Educación Especial. Secretaría de Educación de Veracruz. [Recuperado de: <http://eespecial.sev.gob.mx/direccion/historia.php>], (consultado 25/11/2012).
- Enterocolitis Necrosante. [Recuperado de: <http://consumidores.msd.com.mx/manual-merck/023-problemas-salud-infancia/252-problemas-en-recien-nacidos-y-lactantes/enterocolitis-necrosante.aspx>], (consultado el 13/08/2013).
- Espasticidad o Rigidez muscular. [Recuperado de: <http://www.puntofape.com/espasticidad-o-rigidez-muscular-1336/>], (consultado 04/09/2013).
- Escoliosis y Cifosis. [Recuperado de: <http://www.fisiolution.com>], (consultado 02/04/2013).
- Evaluación Multidimensional en Educación Especial: Una comprensión situada de los procesos de aprendizaje y desarrollo humano. [Recuperado de: <http://revistaemica.blogspot.mx/2013/12/evaluacion-multidimensional-en.htm>], (Consultado 10/12/2013).
- Fielding, Michael (2011). “La voz del alumnado y la inclusión educativa: una aproximación democrática radical para el aprendizaje intergeneracional”. Revista *Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, vol. 25, núm. 1, abril, 2011, pp. 31-62, Universidad de Zaragoza España.
- Galván Lafarga, Luz Elena & Zúñiga, Alejandra (s.a.). *De las escuelas de párvulos al preescolar. Una historia que contar*. Escuela Normal de Maestras de Jardines de Niños. Investigadora del CIESAS. [Recuperado de: http://biblioweb.tic.unam.mx/diccionario/htm/articulos/sec_25.htm], (consultado 26/02/2013).

- García, A. (coord.) (1999). Niños y niñas con Parálisis Cerebral. España: Narcea.
- González, Margarita Ma. Núñez, Carolina & Patricia Mendivil. (2010). Parálisis cerebral. [Recuperado de: <http://neurocecar2010-1.wikispaces.com/PARALISIS+CEREBRAL>], (consultado 06/04/2012).
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS) [Recuperado de: <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm#9>], (consultado 02/04/13).
- La educación una tarea de todos. Barreras para el aprendizaje. (2010). [Recuperado de: <http://misgabiflorestorres.blogspot.es/>], (consultado el 22/11/2012).
- “La escala de inteligencia de f.goodenough”. [Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/7162304/Test-Good-Enough-de-La-Figura-Humana-Guia-Evaluacion>], (consultado 16/06/2013).
- Larroyo, Francisco. (1980). *Historia general de la pedagogía*, México: Porrúa, 16ª edición.
- Lawrence, Louis (2002). *Métodos de investigación educativa*, Madrid: La muralla.
- Legido, Agustín & Katsetos, C. (2003). “Parálisis cerebral: nuevos conceptos etiopatogénicos”. En: *Revista de Neurología*, vol. 36, núm. 2, p. 157-165 [Recuperado de: http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_2130.pdf], (consultado 01/04/2013).
- León, José (2006) *Daño cerebral. Una guía para familiares y terapeutas*. Madrid: Delta.
- “Ley General de Educación (1993)”. [Recuperado de: <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/educacioninclusiva/documentos/PoliticaNacional/LeyGralEducacion.pdf>], (consultado 26/11/2012).
- Lóbulos del cerebro humano. [Recuperado de: <http://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/9549.html>], (consultado 02/04/2013).
- Logo de CAPEP [Recuperado de: <http://capepyucatan.blogspot.mx/2009/11/capep-es-un-servicio-de-educacion.html>], (consultado 30/11/2012).
- Lordosis. [Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/anatomia/computo/cv/lordosis.html>], (consultado 02/04/2013).

- Moreno, Miguel. (2000). [Recuperado de: <http://www.educando.edu.do/sitios/EducacionEspecial/res/PROGRAMA/indicedeinclusionnotasdesntesis.pdf>], (consultado 16/11/2012).
- “Retraso Psicomotor”. [Recuperado de: http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/retraso_psicomotor.pdf], (consultado el 13/08/2013).
- Romero, Eleuterio (2003). *Programa de actividades para el desarrollo psicomotriz dirigidas a maestros de nivel preescolar*. LUGAR, INSTITUCIÓN, Tesis que para obtener el grado de licenciatura en Psicología Educativa. [Recuperado de: <http://biblioteca.ajusco.upn.mx/pdf/19670.pdf>], (consultado 16/11/2012).
- ONU. (1993). Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. [Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf>], (consultado 17/11/2012).
- Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional. [Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4508/y080503.pdf>], (consultado 14/03/2013).
- Parálisis cerebral: Esperanza en la investigación (2010) instituto nacional de trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares. [Recuperado de: <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm>], (consultado 01/04/2013).
- Parálisis cerebral y discapacidad Intelectual. [Recuperado de: http://www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo14.pdf], (consultado 16/03/2013).
- Partes del cerebro humano. [Recuperado de: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000600419.htm>], (consultado 02/04/2013).
- Piñeiro, Ramón; Pérez, Evangelina& Leyva, Joaquín (1995). *Diccionario de Ciencias de la Salud*, España: McGraw-Hill.
- Puyuelo, Miguel & Arriba, José (2000). *Parálisis Cerebral Infantil aspectos comunicativos y psicopedagógicos orientaciones al profesorado y a la familia*. Málaga: Aljibe.
- Sabariego, Marta (2004). “Métodos de investigación cualitativa”, en: Bisquerra, Rafael (coord.). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Sacristán, Pedro. “Cuento el elefante fotógrafo”. [Recuperado de <http://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/el-elefante-fotografo>], (consultado 18/03/2013).

- Sánchez, Josefina & Llorca, Miguel (2004). *Atención educativa al alumnado con parálisis cerebral*. Málaga: Aljibe.
- Santucci, María. (2003). *Evolución Psicosocial del Niño con Parálisis Cerebral*. Argentina: Burbujas.
- Secretaría de Educación del Reino Unido. (1978). *Informe Warnock*, Reino Unido: SERU.
- SEP. "ACUERDO número 648 por el que se establecen normas generales para la evaluación, acreditación, promoción y certificación en la educación básica". [Recuperado de: <http://www.sep.gob.mx/es/sep1/C0470413>], (consultado el 08/10/2013).
- SEP (2006). *Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial*, México: SEP.
- SEP (2011). *Programa de Estudio 2011. Guía para la Educadora*. México: SEP.
- SEP (2002). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México: SEP.
- SEP (1994). "Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER)". En: *Cuadernos de Integración Educativa*. México: SEP-DEE, núm. 4.
- SEV (2007). *Manual para la operación de los centros de atención psicopedagógica de educación preescolar (CAPEP) en el estado de Veracruz*. Veracruz: SEV.
- SEP, (2010). *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México. Una visión histórica de sus modelos de atención*. México: SEP.
- Subsecretaría de Educación Básica y Normal (2005). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México: SEByN.
- Salinas, Sonia (2004). *Atención a la diversidad en educación infantil. Necesidades educativas: guía de actuación para docentes*. España: Ideas Propias.
- UNESCO (1990). *Declaración Mundial sobre Educación para Todos y Marco de Acción para Satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje*. Nueva York. UNESCO.
- UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y marco de acción para las necesidades educativas especiales*. España: UNESCO.
- UNESCO (2000). *Marco de Acción de Dakar-Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos*. Francia: UNESCO.

Zaror, Vanessa. "La Telaraña" [Recuperado de: <http://tecnicasdetrabajogrupal.blogspot.mx/2011/06/la-telarana.html>], (consultado el 15/09/2012).

Zapata, Oscar (1999). *La psicomotricidad y el niño. Etapa maternal y preescolar*. México: Trillas.

Anexos

Anexo 1

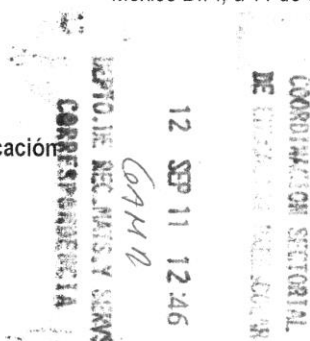


UNIVERSIDAD
PEDAGÓGICA
NACIONAL

Mtra. Norma Laura del Moral Ehlers
Titular de la Coordinación Sectorial de Educación
Preescolar (CSEP)

México D.F., a 11 de septiembre de 2012.

P R E S E N T E



Por medio de ésta me dirijo a usted, para solicitar, de la manera más atenta, se permita a las alumnas **Karen Tapia Hernández y Betzabé Ortega Hernández**, con número de matrícula 09202101 y 09198791, quienes cursan el 7 semestre de la Opción de Campo "Integración/Inclusión educativa" en la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, para que realicen prácticas académicas (observaciones) en el Jardín de Niños "Centro Cultural Alfa", con clave 09DJN1062R y que se encuentra ubicado en: Calle Neptuno s/n, Col. Reacomodo el Cuernito, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01289, D.F.

Dichas prácticas se realizarán los días viernes de 11:00 a 14:00 hrs. durante lo que resta del ciclo escolar (2012-2013), iniciando el 21 de septiembre de 2012 y concluyendo el 28 de junio de 2013 y están orientadas a que las estudiantes conozcan la manera de cómo se desarrolla el proceso de intervención de los profesionales al apoyar la inclusión educativa del niño Juan Román Vera García el cual está diagnosticado con retraso psicomotriz. Para ello, contamos con la autorización de la Sra. Gabriela García Mejía (madre del menor).

Se trata de una experiencia de conocimiento que fortalecerá su formación como futuras profesionales en el campo de la pedagogía y la educación en nuestro país.

Esperando contar con su apoyo me pongo a sus órdenes y envío a ustedes un cordial saludo.

DR. ARTURO CRISTÓBAL ÁLVAREZ BALANDRA
RESPONSABLE SE LA OPCIÓN DE CAMPO:
INTEGRACIÓN/INCLUSIÓN EDUCATIVA
ÁREA ACADÉMICA No. 5 TEORÍA PEDAGÓGICA Y FORMACIÓN DOCENTE
TELÉFONO 56-30-97-00, EXT. 1782.
E-MAIL: aalvarez1957@hotmail.com



C.c.p. Mtra. Ruth Ruiz Caballero, Inspectora de zona escolar

F= 40A2
SAT 20

ANEXO 2



No. DGOSE/CSEP/SATC/CAPEP/6052/2012
DIRECCIÓN GENERAL DE OPERACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS
COORDINACIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PREESCOLAR

México D. F. a 27 de septiembre de 2012

DR. ARTURO CRISTÓBAL ÁLVAREZ BALANDRA
RESPONSABLE DE LA OPCIÓN DE CAMPO:
INTEGRACIÓN/INCLUSIÓN EDUCATIVA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
P R E S E N T E.

En atención al oficio fechado el 11 de septiembre del año en curso, en el que se solicita autorización para que las alumnas Karen Tapia Hernández y Betzabé Ortega Hernández, estudiantes del 7° semestre de la opción de campo "Integración/Inclusión educativa" en la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, realicen prácticas académicas de observación, en el Jardín de Niños "Centro Cultural Alfa", los días viernes en un horario de 11:00 a 14:00 hrs. durante el resto del ciclo escolar 2012-2013 iniciando el 21 de septiembre de 2012 y concluyendo el 28 de junio del 2013.

Comunico a usted que por parte de esta Coordinación Sectorial no existe inconveniente para realizarla, por lo cual se solicita atender las siguientes consideraciones:

- Podrá ejecutar acciones de acompañamiento con las Docentes de Grupo.
- Adecuar las actividades al horario de atención de la escuela.
- Las acciones deberán efectuarse sin alterar la planeación de la Escuela
- Al concluir la investigación deberá entregar a esta Coordinación Sectorial resultados de la misma.

Finalmente, le solicito extender la carta de presentación a la Directora del Plantel para que los alumnos se coordinen con ella las actividades a desarrollar.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.



ATENTAMENTE

S. E. P.

COORDINACIÓN SECTORIAL
DE EDUCACIÓN PREESCOLAR

LIC. NORMA LAURA DEL MORAL EHLERS
COORDINADORA SECTORIAL DE
EDUCACIÓN PREESCOLAR

ccp.- Lic. Gloria Xolot Verdejo.- Subdirección de Apoyo Técnico Complementario.- Presente.
Profra. Graciela Martínez Ponce.- Coordinadora de Educación Preescolar N° 4.- Presente.
Archivo del Departamento de CAPEP.
Archivo Coordinación Sectorial de Educación Preescolar. (F-4042).

G*/R*/E/JAS/vpp

ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS EN EL DISTRITO FEDERAL

Av. José María Izazaga No. 29-2° Piso, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06080
Tel. 3601 8799 | 3601 7100 ext. 48316 rmontoya@sep.gob.mx

ANEXO 3 - A



Secretaría de Salud

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

Folio de captura: 70982063

INSCRIBA EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL DENTRO DE LOS SEIS MESES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRIÓ EL PARTO
ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE	Nombre:	García Mejía Gabriela
	Apellido Paterno	García
	Apellido Materno	Mejía
	Nombre (s)	Gabriela
	Estado Civil:	Soltera <input checked="" type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	Derechohabiciencia:	IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SECMAR <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	Número de Afiliación	3945765590
	Edad:	310 años cumplidos
	Ocupación	Empresaria
	Residencia Habitual:	Jupiter Manzana 3 lote 3B El Encarnado
DATOS DEL RECIÉN NACIDO	Delegación / Municipio	Alvaro Obregón
	Entidad Federativa	México U.F.
	C.P.	01280
	Nivel educativo:	Primaria: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Secundaria: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Preparatoria: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Sin estudios <input type="radio"/>
	Recibió atención prenatal:	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Trimestre 1o. <input type="radio"/> 2o. <input checked="" type="radio"/> 3o. <input type="radio"/> Consultas recibidas: 3
	Número de hijos nacidos vivos contando éste	1 Sobrevivientes: 1
	Número de hijos nacidos muertos (incluidos abortos)	0
	Número de embarazos incluido el presente	1
	Sobrevivió al Parto:	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
	En caso negativo, anote el folio del Certificado de Defunción:	
CERTIFICANTE	Fecha de Nacimiento:	09/07/07
	Día Mes Año	
	Hora de Nacimiento:	02:15 Hrs.
	Hora Minutos	
	Sexo:	F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>
	Edad Gestacional:	28 Semanas
	Talla:	43 Centímetros
	Peso al nacer:	1385 Grs.
	Apgar:	7 5 minutos
	Producto de un embarazo:	Único <input checked="" type="radio"/> Doble <input type="radio"/> Triple o más <input type="radio"/> Aplicación de Vacuna BCG: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Silverman:
DATOS DEL NACIMIENTO	Anomalías congénitas, enfermedades o lesiones del Nacido Vivo:	Ninguna aparente
	Procedimiento empleado en el Nacimiento:	Normal <input checked="" type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Forceps <input type="radio"/> Otro (especifique) <input type="radio"/>
	Lugar de Nacimiento:	Calle y Número: Avdo Magdalena No. 261 Colonia: Iztapalapa San Ángel Delegación: Alvaro Obregón C.P.: 01010
	Sitio del Nacimiento:	Hospital o Clínica Pública: <input checked="" type="radio"/> Hospital o Clínica Particular: <input type="radio"/> Nombre: Hospital Castorzo Avila Domicilio Particular: <input type="radio"/> Via Pública <input type="radio"/> Otro Sitio: <input type="radio"/>
	El Nacimiento fue atendido por:	Médico <input checked="" type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:
	Nombre:	Celis Guzmán Cuauhtémoc
	Apellido Paterno	Guzmán
	Apellido Materno	Cuauhtémoc
	Nombre (s)	Celis
	Profesión:	Médico <input checked="" type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Trabajo Social <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
Número de Cédula Profesional	1031489	
Número de Teléfono	39506422	
Firma		



HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "HUS CASTORZO AVILA"

3-B

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NACIDO VIVO. PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA TAL COMO LA PALPITACIÓN DEL CORAZÓN, PULSACIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL O CONTRACCIÓN EFECTIVA DE ALGÚN MÚSCULO SOMETIDO A LA ACCIÓN DE LA VOLUNTAD, HAYA SIDO O NO CORTADO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO ADHERIDO A LA PLACENTA.

INSTRUCCIONES GENERALES.

- El certificado de nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió el parto ó por el pediatra. Cuando esto no sea posible debe ser llenado de preferencia por personal médico o paramédico.
- Llene un certificado de nacimiento por cada producto elabore tantos certificados como productos tenga el embarazo.
- En el llenado de este certificado auxíliese con la información proporcionada por la madre, por el padre o algún familiar; para los nacidos vivos en el hospital consulte la hoja de hospitalización.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a cada respuesta.
- Marque una sola opción, excepto en derechohabencia donde puede marcar más de una respuesta.
- Para las respuestas que deben anotar en número (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos.
- Este certificado debe llenarse en original y dos copias.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la firma del médico, huella del pie derecho del recién nacido, la huella digital del pulgar derecho de la madre. En caso de no contar con el miembro derecho, registrar la huella del izquierdo. Y la firma de la madre

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

DATOS DE LA MADRE

ESTADO CIVIL. Marque con una "X" la situación en la que se encuentra la madre en el momento del nacimiento, se deben incluir las situaciones de Derecho como de hecho.

DERECHOHABIENCIA. Marque con una "X" el círculo correspondiente según la Institución de Seguridad Social de la cual la madre recibe prestaciones en dinero o en especie; en caso de tener más de una marque todas y de que no tenga derechohabencia, marque "ninguna". En número de afiliación, anote el expedido por la Institución a la que pertenece la madre.

EDAD DE LA MADRE. Anote con números arábigos la edad en años cumplidos de la madre.

OCUPACIÓN. Anote el oficio, trabajo u ocupación habitual principal de la madre, reciba o no a cambio de éste un pago en dinero o especie. Si no trabaja, anote a que se dedica.

RESIDENCIA HABITUAL. Anote el nombre del lugar donde la madre tiene su domicilio de manera permanente; en el rubro de localidad/colonia señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene; ejemplo: Rancho La Luz, Barrio San Pedro; así como el Municipio o Delegación y la Entidad Federativa a la que pertenece. Si la residencia habitual corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad Federativa", el nombre de éste.

NIVEL EDUCATIVO. Marque con "X" una sola respuesta según sea el nivel máximo de estudios aprobados por la madre.

RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL. Marque con "X" si la embarazada recibió atención prenatal. Marque el trimestre en que la embarazada recibió la primera atención prenatal, ya sea por médico, partera o cualquier otro auxiliar. Indique a continuación el total de atenciones recibidas durante todo el embarazo.

NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS. Anote con números arábigos el total de hijos nacidos vivos tenidos por la madre, sin importar que después murieran; incluya el nacimiento actual., en el cuadro siguiente anote cuantos sobreviven actualmente.

NÚMERO DE HIJOS NACIDOS MUERTOS. Anote con números arábigos el total de hijos e hijas nacidos muertos inclusive los abortos; en caso de no existir anote (cero).

NÚMERO DE EMBARAZOS. Anote el número de embarazos tenidos por la madre, sin importar si los productos nacieron vivos o muertos además de los abortos, incluya este último embarazo.

SOBREVIVIÓ EL PARTO. Marque con "X" una sola respuesta; en caso de fallecimiento de la madre anote el folio del certificado de defunción.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO. Anote con números arábigos el día, mes, año y hora del nacimiento; para anotar la hora use la escala 01 a 24. Escriba también los minutos.

SEXO. Marque con una "X" el sexo del recién nacido.

EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo expresada en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.

TALLA Y PESO AL NACER. Anote con números arábigos la talla del recién nacido en centímetros y el peso expresado en gramo

APGAR. Anote la calificación obtenida por el recién nacido, a los 5 minutos del nacimiento.

PRODUCTO DE UN EMBARAZO. Marque con una "X" "único" "doble", "triple o más", según corresponda al número de productos de un solo parto. En caso de ser un parto doble y uno de los productos haya nacido muerto, se marcará la columna "doble".

APLICACIÓN DE VACUNA BCG. Marque con una "X" si fué o no aplicada la Vacuna.

SILVERMAN. Se utiliza para evaluar la función respiratoria en el recién nacido a través de cinco parámetros: quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y movimiento tóraco-abdominal.

ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO. Anote en su caso las malformaciones, anomalías congénitas o enfermedades observadas en el niño durante el nacimiento. Si el producto recibió lesiones durante el parto, especifíquelas también. Anote "ninguna" en caso negativo.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO. Marque con una "X" el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el procedimiento empleado correspondiente al origen de la hospitalización.

LUGAR DE NACIMIENTO. Anote el nombre de la Calle y el Número, así como la Localidad o Delegación y el Código Postal donde ocurrió el nacimiento.

SITIO DEL NACIMIENTO. Marque con una "X" el sitio en donde fue atendido el nacimiento, para el caso de que haya sido en un hospital público o privado anote el nombre de éste en el espacio correspondiente.

DATOS DEL CERTIFICANTE

NOMBRE, PROFESIÓN. Anote el nombre completo de la persona que llena el certificado marcando con una "X" la opción que corresponda a su profesión (persona que certifica el nacimiento). En caso de que el certificante sea uno de los considerados marque la opción "otro". Por último, debe anotar el número de su cédula profesional, su número telefónico y firmar el documento.

FE DE ERRATAS

Estado Civil: Unión libre

ANEXO 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA: **PREMATUROS INC 43**

ORDINARIO URGENTE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL Y AGREGADO MEDICO

3995, 76, 5590 -3 1F760R

GARCIA MEJIA GABRIELA
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

C.U.R.P. _____

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO: EG 32 sem Peso 1385
UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: _____ DELEGACION H PEDIATRIA CMN SXXI	SDR. SEPSIS. NEUMONIA. ASFIXIA. ANEMIA/ R.N PRETERMINO PBPEG
UNIDAD QUE ENVIA: _____ DELEGACION HGO LCA 4 LCA Central	
FECHA DE SOLICITUD: 03 08 07 DIA MES AÑO	FECHA DE CITA PRIMERA VEZ: _____ DIA MES AÑO

RESUMEN CLINICO

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS.

R.N de 27 días peso nac 1385g con 32sem EG, madre de 30 años G1
 parto eutócico doble circular de cordón al cuello. calificado 5/7
 US normal. requirió 8 días de asistencia ventilatoria. 3 esquemas
 antimicrobianos. x sepsis y neumonía con disminución de O2.
 la succión adecuado con alimentador, con ~~así~~ ^{así} corregida. aun
 descenso de O2 y en recuperación ponderal. se solicita valoración
 por alto riesgo de retinopatía del ~~pre~~ ^{pre} término.

NOTA:

VALORADO POR OFTALMOLOGIA EN CMN 17-08-07 en DX DE INMADUREX DE
 RETINA Y CITA PARA 31-08-07 C EXTERNA 9h

MOTIVO DE ENVIO

- | | |
|--|---|
| 1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> | 6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES <input type="checkbox"/> | 7.- PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO _____ |
| 3.- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES <input type="checkbox"/> | _____
(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE) |
| 4.- RIESGO DE SECUELAS <input checked="" type="checkbox"/> | 8.- OTROS _____
ESPECIFIQUE |
| 5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA <input checked="" type="checkbox"/> | |

INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS RAMO DE SEGURO: _____

FECHA DE INICIO: _____ ENFERMEDAD GENERAL

INICIAL SUBSECUENTE No. DE DIAS ACUMULADOS: _____ RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA)
Dra I Cisneros Sikva 1311026

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA: (NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)
D. José Hernández G. MJS.

ANEXO 6-A



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA

4-30-8/86

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO		
3 9 9 5 7 6 5 5 9 0		
GARCIA MEJIA RN		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
C.U.R.P.		

REFERENCIA:

ORDINARIO URGENTE

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: CIRUGIA PEDIATRICA		DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO: ENTEROCOLITIS
UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: C.M.N. No. 5441	DELEGACION: 350	NECROSANTE IIA
UNIDAD QUE ENVIA: HGO No. 4	DELEGACION: 350	
FECHA DE LA SOLICITUD: 0 7 0 8 2 0 0 7 DIA MES AÑO	FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ: DIA MES AÑO	

RESUMEN CLINICO

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS.

Masculino de 30 dias, con AP: Madre de 29 años, G:1 de 31sem. de gestación, 1 dep por IVU, nace via vaginal con doble circular de cordón, recibió surfactante y AMB multiples esquemas.

PA: inicia hoy con distermias, incremento en el PA, quejumbroso, con itel. a v.o., clinicamente con abdomen globoso, dibujo de asas, se observa en Rx. con imagen de do le riel, colon muy distendido. Ingresa a UTIN en donde se observa quejumbroso, mal perfundido, abdomen globoso doloroso, SUG drenamos material verdoso abundante se inicia tx. para BCH con aminas. y Antimicrobianos. Se solicita traslado a CIMN para valoración qx.

MOTIVO DEL ENVIO:		7.- PROTECCION ANTICONCEPTIVA <input type="checkbox"/>
1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES <input type="checkbox"/>	METODO ANTICONCEPTIVO _____
3.- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES <input type="checkbox"/>	4.- RIESGO DE SEQUELAS <input type="checkbox"/>	FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE _____
5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA <input type="checkbox"/>	6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO <input checked="" type="checkbox"/>	8.- OTRO(S) (ESPECIFIQUE): _____

INCAPACIDAD:		RAMO DE SEGURO:
No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS	FECHA DE INICIO _____ DIA MES AÑO	ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>
INICIAL <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>	Nº. DE DIAS ACUMULADOS _____	RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>
		MATERNIDAD <input type="checkbox"/>

<p>MEDICO RESPONSABLE</p> <p style="text-align: center;">Dra. Rios 10700315</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA</p>	<p>MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA</p> <p style="text-align: center;">Dr. Eguia-Liz Cediño</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA</p>
--	--

320 001 8336 ANV.

ANEXO 6-B

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DA EL ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA)

CONTRARREFERENCIA:													
UNIDAD A LA QUE SE ENVIA _____	DELEGACION _____												
FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA	FECHA DE ALTA DEL SERVICIO												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO											
DIA	MES	AÑO											
DIAGNOSTICO(S) INICIAL(ES) _____	DIAGNOSTICO(S) FINAL(ES) _____												
INDICACIONES:													
1. <u>Ayuno.</u>													
2. <u>Sol. IV para 8 h* 5G5%.....100 ml</u>													
TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS <u>25</u>	CODIGO CIE _____												

RESUMEN CLINICO	
3. <u>Plasma fresco 18 ml IV cada 8 horas en 90 minutos.</u>	
4. <u>Crioprecipitados 18 ml IV cada 24 horas.</u>	
5. <u>Secrets;</u>	
F102.....0.60% PPI.....16. PMP.....4. TI.....0.35. CPH.....60. Flujo.....10. Modo.....VMT.	EL 8-08-07 SE RELIZO LAPARATOMIA EXPLORA DO A Y SE REALIZA ILEOSTMIA POR ECN=II TRATADO CON AMIKA/CEFOTAXIMA X 14 DIAS SE SOLICITO ENVIARSE A CIRUGIA PEDIATRIA EN 1 MES 24-09-07 C externa. 9h c'tado
PRONOSTICO: _____	

LA INFORMACION SIGUIENTE ES FUNDAMENTAL PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD MEDICA DE ORIGEN

INDICACIONES DE USO DE MEDICAMENTOS:			
MEDICAMENTOS			
NOMBRE GENERICO	DOSIS	TIEMPO DE ADMINISTRACION	REQUERIMIENTO MENSUAL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS DE CONTROL _____			

INCAPACIDAD:							
NO AMERITA INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>							
DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIEMPO PROBABLE _____						
REQUIERE DE NUEVA VALORACION	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANDO _____						
ULTIMA INCAPACIDAD OTORGADA	NUMERO DE DIAS QUE AMPARA _____						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				
DIA	MES	AÑO					
RAMA DE SEGURO:	MATERNIDAD:						
ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	ENLACE <input type="checkbox"/> POSTNATAL <input type="checkbox"/>						

MEDICO RESPONSABLE _____ NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA	MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____ NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA
---	---

ANEXO 7

GARCIA LEGIA N/D.
33037656003107010.

GRUPO U.C.T.R. 2.

Edad: 44 días. Sexo: Masculino.

Peso: 1900 g. Peso al nacimiento: 1385 g.

Diagnósticos:

1. Enterocolitis necrosante estadio IIA. Inicia padecimiento actual el día 7 de 07 con hipotermia, quejido, distensión abdominal en la unidad de prematuros por lo que de ese mismo día es trasladado a ese servicio (UTIN) con padecimiento compatible con enterocolitis IIA, el día 8 de 07 es enviada a CMN XXI para laparotomía exploratoria encontrando colon con isquemia generalizada se realiza ileostomía a 10 cm de la válvula ileocecal, recibe tratamiento antimicrobiano con Cefotaxima/Amikacina, se realizó asimismo evaluación Oftalmológica sin alteraciones. UESG transfontanelar con HIV grado II. Recibe nutrición enteral y parenteral ambas bien toleradas. Evolución a la mejoría y con derivación con adecuada función.
2. Nepticosis.
3. HIV grado II.
4. Antraxosis crónica.
5. Lactante masculino con crecimiento y desarrollo alterado.

EF: Reactivo, hidratado, sonrosado, integro, normocéfalo, cara integra, fontanelas a tensión normal, pupilas isocóricas, narinas y oídos permeables, boca central, campos pulmonares limpios, RscRs, el abdomen es plano, blando depresible, peristalsis presente, herida quirúrgica limpia, estoma de derivación sin alteraciones, extremidades inferiores.

ANEXO 8

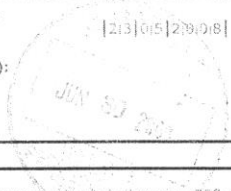


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD SOCIAL PARA TODOS

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

CONTRARREFERENCIA


NSS : 3995-76-5590	A. MED.: 3M2007OR
NOMBRE DEL PACIENTE JUAN ROMAN VERA GARCIA	
DELEGACIÓN: 3 SUROESTE D.F.	
UNIDAD: HOSPITAL DE PEDIATRÍA C.M.N. SIGLO XXI	CVE PTAL. 378503122153
CONSULTORIO: 81	TURNO: MATUTINO

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región		DELEGACIÓN: 1 Noroeste D.F.	
FECHA DE PRIMERA CONSULTA: [01/07/03]2101018	FECHA DE ALTA DEL SERVICIO: [21/05/08]		
DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(ES): Enterocolitis isquémica,	DIAGNÓSTICO(S) FINAL(ES): Enterocolitis isquémica,		
TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS: 3	CÓDIGO CIE [K15]510		

RESUMEN CLÍNICO

Edad cronológica: 5 meses Edad corregida: 7,15d PO Nissen, Resección intestinal, por secuelas de ECN, con anastomosis ileocolica, Reflujo GE. Cuidado espástico. Juan tiene los diagnósticos antes mencionados, se está manejando para mejorar tono muscular y postura, inhibir reflejos primitivos, y favorecer reacciones conductuales, actualmente el tono muscular ha disminuido ya hay mejor control voluntario, ya controla cuello, control ojo-boca con cierta dificultad, inicia rodamientos, reflejos presentes el flexor plantar, babinsky y hay punteo. Se envía a unidad de rehabilitación para continuar manejo especializado. Alta del servicio con programa de casa...

PRONÓSTICO: RESERVADO A EVOLUCION

MÉDICO RESPONSABLE (NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA)  MARCELA ROSALBA MOSCO PÉRALTA 7184492	MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA) OSCAR ESTEBAN 7184492
--	--

RECEBIDO
23 MAY 2008
DIRECCION MEDICA

ANEXO 9-A

SIEMPRE QUE ACUDAS A TU UNIDAD DE SALUD, LLEVA TU CARTILLA NACIONAL Y TAMBIÉN LA DE MUJERES (E ACUMULATIVAS)

Esta Cartilla es la historia de tu salud, CONSERVALA

	DATOS GENERALES PRIMER APELLIDO <u>VERA</u> SEGUNDO APELLIDO <u>GARCIA</u> NOMBRES (S) <u>JUAN ROMAN</u> CURP _____ DOMICILIO <u>Jupiter MZ3 Lote 38 #7</u> <u>Reacamada al Cuernito</u> calle y número colonia o localidad <u>Alvaro Obregón</u> entidad federativa municipio o delegación	
	FECHA DE NACIMIENTO día <u>08</u> mes <u>Julio</u> año <u>2007</u>	LUGAR DE NACIMIENTO Localidad <u>Tizapan San Angel</u> municipio o delegación _____ entidad federativa _____
FECHA DE REGISTRO día <u>24</u> mes <u>Agosto</u> año <u>2007</u>	LUGAR DE REGISTRO Localidad _____ municipio o delegación _____ entidad federativa _____	
FECHA DE ENTREGA día _____ mes _____ año _____		

Marca con una X en el peso correspondiente

PESO NORMAL DE ACUERDO CON LA EDAD (KG)

Mínimo	Ideal	Máximo	Etapas	Niños	
				Mínimo	Ideal
2.800	3.200	3.700	Al nacer	2.900	3.300
3.600	4.200	4.800	1 mes	3.900	4.500
4.500	5.100	5.800	2 meses	4.900	5.600
5.200	5.800	6.600	3 meses	5.700	6.400
5.700	6.400	7.300	4 meses	6.200	7.000
6.100	6.900	7.800	5 meses	6.700	7.500
6.500	7.300	8.200	6 meses	7.100	7.900
6.800	7.600	8.600	7 meses	7.400	8.300
7.000	7.900	9.000	8 meses	7.700	8.600
7.300	8.200	9.300	9 meses	8.000	8.900
7.500	8.500	9.600	10 meses	8.200	9.200
7.700	8.700	9.900	11 meses	8.400	9.400
7.900	8.900	10.100	1 año	8.600	9.600
8.100	9.100	10.300	1 año 5 meses	8.800	9.800
8.300	9.300	10.500	2 años	9.000	10.000
8.500	9.500	10.700	2 años 6 meses	9.200	10.200
8.700	9.700	10.900	3 años	9.400	10.400
8.900	9.900	11.100	3 años 6 meses	9.600	10.600
9.100	10.100	11.300	4 años	9.800	10.800
9.300	10.300	11.500	4 años 6 meses	10.000	11.000
9.500	10.500	11.700	5 años	10.200	11.200
9.700	10.700	11.900		10.400	11.400
9.900	10.900	12.100		10.600	11.600
10.100	11.100	12.300		10.800	11.800
10.300	11.300	12.500		11.000	12.000
10.500	11.500	12.700		11.200	12.200
10.700	11.700	12.900		11.400	12.400
10.900	11.900	13.100		11.600	12.600
11.100	12.100	13.300		11.800	12.800
11.300	12.300	13.500		12.000	13.000
11.500	12.500	13.700		12.200	13.200
11.700	12.700	13.900		12.400	13.400
11.900	12.900	14.100		12.600	13.600
12.100	13.100	14.300		12.800	13.800
12.300	13.300	14.500		13.000	14.000
12.500	13.500	14.700		13.200	14.200
12.700	13.700	14.900		13.400	14.400
12.900	13.900	15.100		13.600	14.600
13.100	14.100	15.300		13.800	14.800
13.300	14.300	15.500		14.000	15.000
13.500	14.500	15.700		14.200	15.200
13.700	14.700	15.900		14.400	15.400
13.900	14.900	16.100		14.600	15.600
14.100	15.100	16.300		14.800	15.800
14.300	15.300	16.500		15.000	16.000
14.500	15.500	16.700		15.200	16.200
14.700	15.700	16.900		15.400	16.400
14.900	15.900	17.100		15.600	16.600
15.100	16.100	17.300		15.800	16.800
15.300	16.300	17.500		16.000	17.000
15.500	16.500	17.700		16.200	17.200
15.700	16.700	17.900		16.400	17.400
15.900	16.900	18.100		16.600	17.600
16.100	17.100	18.300		16.800	17.800
16.300	17.300	18.500		17.000	18.000
16.500	17.500	18.700		17.200	18.200
16.700	17.700	18.900		17.400	18.400
16.900	17.900	19.100		17.600	18.600
17.100	18.100	19.300		17.800	18.800
17.300	18.300	19.500		18.000	19.000
17.500	18.500	19.700		18.200	19.200
17.700	18.700	19.900		18.400	19.400
17.900	18.900	20.100		18.600	19.600
18.100	19.100	20.300		18.800	19.800
18.300	19.300	20.500		19.000	20.000
18.500	19.500	20.700		19.200	20.200
18.700	19.700	20.900		19.400	20.400
18.900	19.900	21.100		19.600	20.600
19.100	20.100	21.300		19.800	20.800
19.300	20.300	21.500		20.000	21.000
19.500	20.500	21.700		20.200	21.200
19.700	20.700	21.900		20.400	21.400
19.900	20.900	22.100		20.600	21.600
20.100	21.100	22.300		20.800	21.800
20.300	21.300	22.500		21.000	22.000

Fuente: OMS/2006

INDICE DE MASA CORPORAL (PESO/TALTA³)

Mínimo	Ideal	Máximo	Etapas (edad)	Mujeres		Hombres	
				Mínimo	Ideal	Mínimo	Máximo
14.0	15.4	16.4	6	13.7	15.2	16.3	16.3
14.0	15.5	16.6	7	13.8	15.4	16.6	16.6
14.1	15.8	17.1	8	13.9	15.8	17.3	17.3
14.3	16.2	17.6	9	14.2	16.3	17.8	17.8
14.5	16.6	18.2	10	14.5	16.9	18.7	18.7
15.0	17.2	18.9	11	14.9	17.5	19.5	19.5
15.5	17.8	19.7	12	15.4	18.1	20.2	20.2
16.0	18.5	20.4	13	15.9	18.7	20.6	20.6
16.5	19.2	21.2	14	16.4	19.3	21.7	21.7
17.1	19.9	22.0	15	16.9	19.9	22.3	22.3
17.7	20.6	22.7	16	17.4	20.4	22.9	22.9
18.3	21.2	23.4	17	17.8	20.9	23.4	23.4
18.9	21.9	24.1	18	18.2	21.3	23.8	23.8
19.4	22.5	24.8	19	18.4	21.5	24.2	24.2

Si está por arriba del peso máximo o por debajo del peso mínimo, consulte a su médico

Cartilla Nacional de Vacunación

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Desde el nacimiento hasta los 19 años de edad

GRATIS

Salud

Sistema Nacional de Salud

ANEXO 9-B

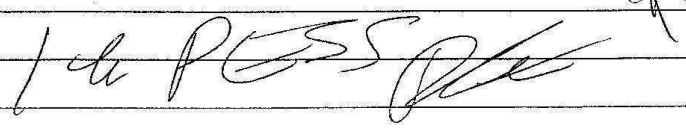
NOMBRE COMPLETO		CURP		
JUAN ROMAN VERA GARCIA		MUJER	<input checked="" type="checkbox"/> HOMBRE	
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSES	EDAD	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	Al nacer	22 - Feb - 08
ANTIHEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	Al nacer	27 - NOV - 07
		SEGUNDA	2 meses	29 - Enero - 08
		TERCERA	6 meses	08 05 08 UMF 12 MED. PREV.
PENTAVALENTE ACELULAR (DPaT+VIP+HIB)	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO D.	PRIMERA	2 meses	27 - Nov - 07
		SEGUNDA	4 meses	29 - Enero - 08
		TERCERA	6 meses	08 05 08
		CUARTA	18 meses	19 FEB 2009
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS	REFUERZO	4 años	01 DIC 2011
ROTA VIRUS	GASTROENTERITIS CAUSADA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 meses	
		SEGUNDA	4 meses	
NEUMOCÓCCICA CONJUGADA 7 Valente	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 meses	27 - Nov - 07
		SEGUNDA	4 meses	08 05 08 UMF 12 MED. PREV.
		TERCERA	1 año	
ANTIINFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	De los 6 meses a los 35 meses (en octubre y noviembre)	02 12 08 UMF 12 MED. PREV.
		SEGUNDA	Al mes de la primera	19 FEB 2009
		REVACUNACIÓN ANUAL	Anual hasta los 35 meses (en octubre y noviembre)	DIC 2009
TRIPLE VIRAL SRP	SARAMPION, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 año	02 12 08 UMF 12 MED. PREV.
		SEGUNDA	6 años	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		030610
Td	TÉTANOS Y DIFTERIA	REFUERZO	A partir de los 12 años	
SR	SARAMPION Y RUBÉOLA	ADICIONALES		26-11-10
ANTIHEPATITIS B (Para los no vacunados previamente)	HEPATITIS B	PRIMERA	A partir de los 12 años	
		SEGUNDA	A los 4 meses de la primera	
OTRAS VACUNAS				03 JUN 2010

ANEXO 10

NOTAS MEDICAS

CAMA No.

HOJA No. *Pess*

FECHA Y HORA	NOTAS
20-06-03	NOTA DE EVOLUCION Y ALTA TEMPORAL SXXII/202
12:45 hrs	Paciente masculino de 1 año 11 meses con Dx de RDA y Retardo psicomotor de moderado a severo sec a hipoxia neonatal, hemorragia intracranial, hiperbilirrubinemia, crisis de recién nacido.
	Ingresó a terapias el 04-03-00, estudiando a terapia ocupacional, acompañado de su mamá la cual refiere que no realiza sedestación, ni gateo solo arrastre, realiza pinza gruesa inicia pinza fina, pronuncia gao, gua, manita, man, rollo, paga, cebé, aena.
	También manifiesta la mamá que no ha podido realizar toda la terapia en casa porque cursa con GAPI con intermitencia por 36 hrs y aplicación de medicamento a dosis para el estacivismo. Entrada de notas de T.O cita el 03-07-03.
	M; Paciente masculino educante activo, irritable poco cooperador. Control de cuello adecuado de tronco débil, logra arrastre con tracción de las piernas inferiores. Lecciones nulas, Reacciones posturales desfasadas. Tomó aumentado Ashwarta 2 Rota sin efectos AMP completos.
	IDK Riesgo de daño neurológico secundario a eventos perinatales que determinan un retraso psicomotor de moderado a severo.
	PLAN --CONTINUAR CON PROGRAMA YA ESTABLECIDO PARA SOSTEN DE TRONCO Y GATEO.
	SE SOLICITA VALORACION POR NEUROPEDIATRA.
	<u>ALTA</u> TEMPORAL DE LA UNIDAD. Envío en 6 meses con nota de referencia de su UMF o antes si logra control de tronco y gateo.
	SE SOLICITAN PEATO Y PEV de control.
	DR LAMADRID JCETA DRA GLADYS PACH 99300108
	

320.001.2445.REV

ANEXO 11-A

VEGA GARCIA JUAN ROMAN

ID #: 3995765590

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F.R.S XXI / REPORTE ELECTROMIOGRAFICO

Nombre: VEGA GARCIA JUAN ROMAN Edad 2 a
Enviado por: DRA. PFCH UMFRS 17 Aug 09 10:59

Afiliación C4 12 3995765590

Patient History: Estudio control.

Auditory Evoked Potentials: Se practicaron potenciales provocados de tallo cerebral con electrodos activos en A1 y A2 referidos a Cz, mediante estímulos tipo click de polaridad rarefacción con un frecuencia de 11.1 Hz, tiempo de análisis de 15 ms y 1000 promediaciones. La fase neurologica se exploró a una intensidad de 80 dB con enmascaramiento de 40 dB contralateral. La fase radiologica se realizó a 70, 50 y 30 dB bilateral con enmascaramiento en menos 20dB contralateral.

LEFT ABR MEASUREMENTS

Lat I ms	Lat II ms	Lat V ms
1.59	3.90	5.91

LatDiff I-II ms	LatDiff II-V ms	LatDiff I-V ms
2.31	2.01	4.32

RIGHT ABR MEASUREMENTS

Lat I ms	Lat II ms	Lat V ms
1.74	3.90	6.15

LatDiff I-II ms	LatDiff II-V ms	LatDiff I-V ms
2.16	2.25	4.41

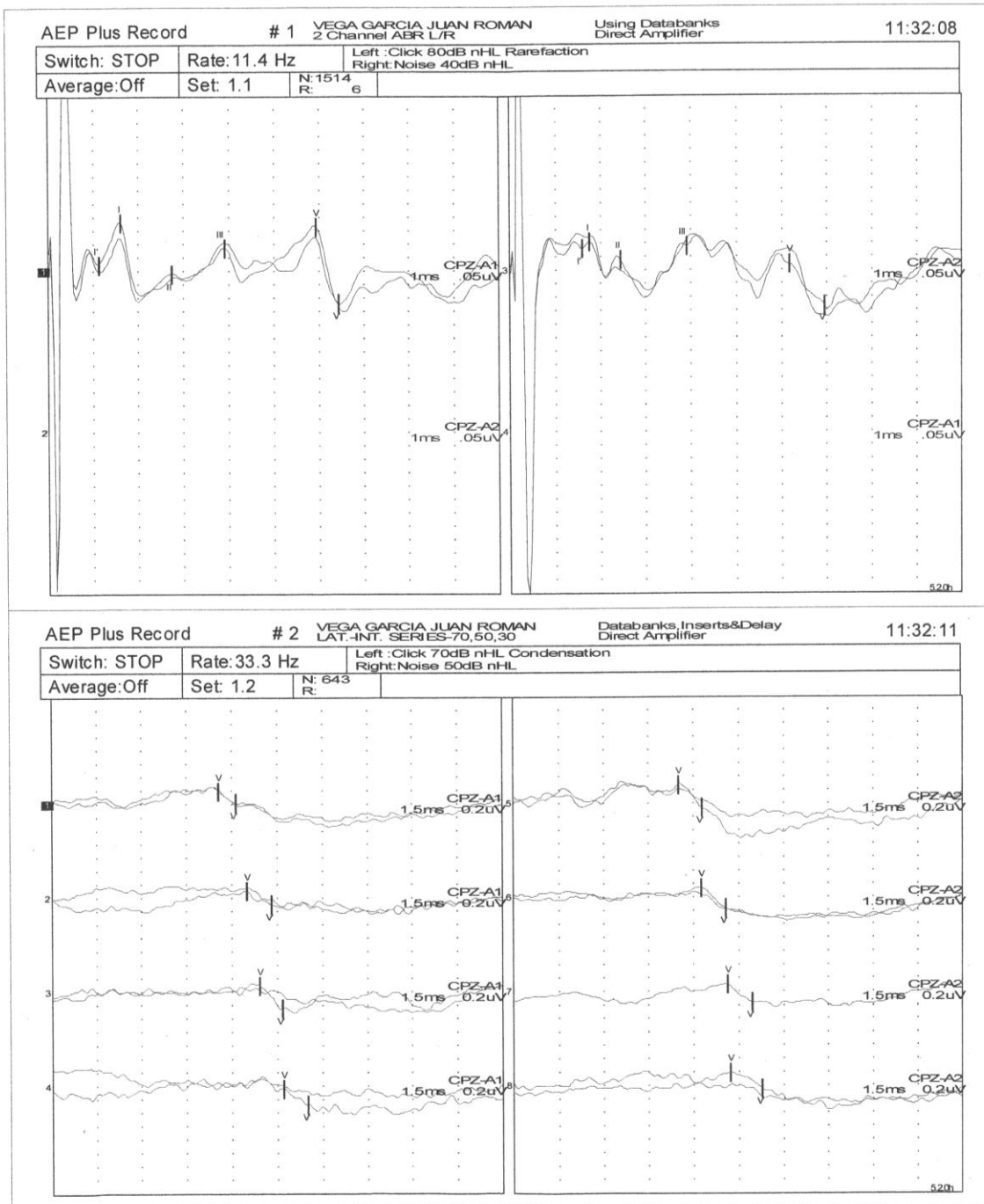
LATENCY-INTENSITY MEASUREMENTS

LEFT			RIGHT		
Int	Lat V ms	PP Amp WAVE V µV	Int	Lat V ms	PP Amp WAVE V µV
70dB	5.56	0.18	70dB	5.48	0.35
50dB	6.48	0.22	50dB	6.24	0.32
30dB	6.90	0.35	30dB	7.12	0.27
20dB	7.68		20dB	7.20	0.26

ANEXO 11-B

FILE ID: 3995765590 6.2.0b 18 Aug 09 11:32

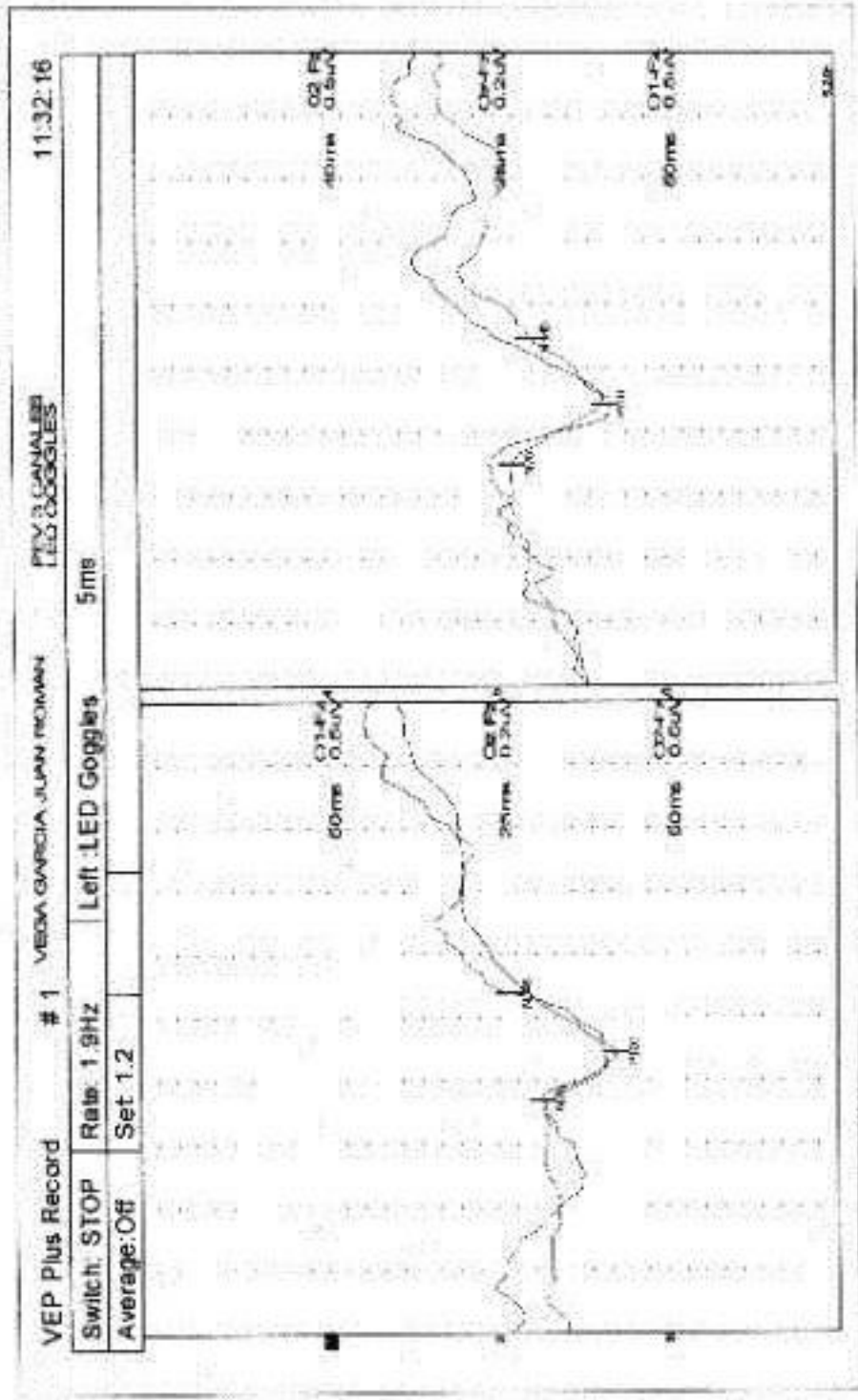
Nicolet Viking NT Nicolet Biomedical Inc



ANEXO 11-C

FILE ID: 3985765590 6.2.0b 18 Aug 09 11:32

Nicolet Viking NT Nicolet Biomedical Inc



ANEXO 11-D

VEGA GARCIA JUAN ROMAN

ID #: 3995765590

Visual Evoked Potentials:

Potenciales provocados visuales: Se realizaron potenciales provocados visuales en condiciones de semiobscuridad, mediante estimulación tipo flash estimulando cada ojo por separado a una frecuencia de 2.1 Hz con un tiempo de análisis de 500 ms, con técnica de registro Oz-Cz, y 200 promediaciones con los siguientes resultados:

OJO IZQUIERDO

Test	Lat	Lat	Lat
	ms	ms	ms
Oz	12475	121900	120145
	92.0	111	134

OJO DERECHO

Test	Lat	Lat	Lat
	ms	ms	ms
Oz	117415	1189500	119145
	87.0	111	137

Interpretación y Conclusiones:

Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral: Se obtuvo respuesta bioeléctrica inducida de forma bilateral que permite identificar los componentes I, III y V que muestran latencias absolutas, amplitudes, morfología y replicabilidad dentro de parámetros normales. Las interlatencias I-III, III-V y I-V con valores normales. El umbral para la onda V se establece en 30 db de forma bilateral.

Potenciales evocados visuales: Se obtuvo respuesta bioeléctrica inducida de forma bilateral que permite identificar los componentes N75, P100 y N145 que muestran latencias absolutas, amplitudes, morfología y replicabilidad dentro de parámetros normales.

CONCLUSION: ESTUDIOS PEATC Y PEV NORMALES

ENF. TAPIA

TEC. PEREZ CELIS

DRA. RAMIREZ 10681051



ANEXO 12

BIENVENIDO

ES UN PRIVILEGIO PARTICIPAR CON UD. EN LA REHABILITACIÓN DE SU PACIENTE

CUIDE SU CARNET:

- **EL CARNET ES IMPORTANTE**, AQUÍ APARECE SU NÚMERO DE REGISTRO. LE SUGERIMOS MEMORIZARLO A PADRES O TUTORES LEGALES Y/O PACIENTES.
- **ACUDA CON PUNTUALIDAD** A SUS CITAS. NUESTRO PEQUEÑO PACIENTE SIEMPRE DEBERÁ SER ACOMPAÑADO POR EL PADRE O TUTOR LEGAL.
- **SU CONSULTA ES IMPORTANTE**. DISPONGA DEL TIEMPO SUFICIENTE CUANDO ACUDA AL HOSPITAL.
- SI TIENE ALGUNA DUDA O POR ALGÚN MOTIVO NO ASISTIÓ A SU CONSULTA, POR FAVOR AYÚDENOS A PROGRAMARLE UNA NUEVA CITA. LLAMANDO AL TELÉFONO: 5424 7850, CONSULTA EXTERNA.
- AYÚDENOS A ATENDERLE MEJOR: LA HIGIENE PERSONAL DEL PACIENTE LE AYUDARÁ A SENTIRSE BIEN; APÓYELO EN SU COMODIDAD PARA CADA CONSULTA. SI ES POSIBLE TRAGA CONSIGO UN SHORT.
- **NOS PREOCUPA SU BIENESTAR**. PROCURE ANTES DE VENIR AL HOSPITAL TOMAR ALGÚN ALIMENTO.
- CUANDO SOLICITE UNA CITA FAVOR DE **PEDIR EL NOMBRE DE QUIEN LO ATENDIÓ**.

TARJETA DE CITAS

Av. del Imán # 257
Col. Pedregal de Sta. Ursula
Delegación Coyoacán
México D.F., C.P. 04600

Tel. Conm. 5424 7850
Exts. 1401, 1407



Hospitales Shriners
para Niños

CONSULTA EXTERNA

Nombre: VERA JUAN ROMAN
GARCIA
Registro: 59667

ANEXO 13



Sistema de Referencia y Contrarreferencia

EDAD:			SEXO	
AÑOS	MESES	DIAS	M	F
URG				

I. FECHA DE REFERENCIA _____ N° DE CONTROL _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____
 DOMICILIO DEL PACIENTE _____ MOTIVO DE ENVÍO _____
 DIAGNÓSTICO PRESUNSIONAL _____ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____
 ESPECIALIDAD O SERVICIO _____ CLASIFICACIÓN SOCIO ECONÓMICA _____
 NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE _____

NOTA: EL TALÓN ES DE MANEJO EXCLUSIVO DEL PRIMER NIVEL.

Hoja de referencia / traslado				
FECHA <u>23/09/11</u>	N° DE CONTROL _____	CLASIFICACIÓN SOCIO ECONÓMICA _____	URGENCIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
II. NOMBRE <u>Vega</u> <u>García</u> <u>Juan Ramón</u>				
<small>APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)</small>				
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE <u>Gabriel García</u> PARENTESCO <u>Madre</u>				
N° DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO <u>Masculino</u>				
III. UNIDAD QUE REFIERE <u>Hospital Pediátrico de Tacubaya</u>				
IV. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE <u>Hospital Pediátrico Legaria</u>				
DOMICILIO <u>Concepción</u> <u>Neurología</u>				
<small>CALLE NUMERO COLONIA SERVICIO AL QUE SE ENVÍA</small>				
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA _____				
V. MOTIVO DE LA REFERENCIA / TRASLADO (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO) T.A. _____ TEMP. <u>36.6</u> F.R. <u>30</u>				
F.C. <u>135</u> PESO <u>14</u> TALLA _____ ESCALA DE GLASGOW <u>15</u>				
PADECIMIENTO ACTUAL _____				
<u>Inicia padecimiento actual el día 23 de Septiembre aproximadamente a las 14:00hrs con movimientos repetitivos cíclicos en la mano, desviación de la comisura labial y pérdida del estado de alerta aproximadamente durante 15 minutos. Cuenta con el antecedente de haber sufrido Encefalopatía Hipoxica al nacer siendo producto prematuro de 2890g obtenido por vía abdominal, PU de ileostomía al mes de haber nacido y de Funda plicatura a los 3 meses, así como sufrió de Parálisis Psicomotor.</u>				
EVOLUCIÓN <u>A la exploración física se encuentra paciente consciente, reactivo, orientado, irritable, mucosas bien hidratadas, craneo normocefalo sin alteraciones, orofaringe sin datos de infección, cuello cilíndrico sin presencia de adenomegalias, torax normolineo, con movimientos respiratorios simétricos claro pulmonar, sin fenómenos agregados, ruidos cardíacos sincronicos, ritmicos, sin alteraciones, abdomen blando depresible peristalsis normoactiva, presenta 2 cicatrices de aproximadamente de 10 y 5cm en línea</u>				
ESTUDIOS PARACLINICOS ANEXAR <u>media y fosa ileaca derecha, extremidades superiores integrae simétricas, llenado capilar inmediato, fuerza 5/5, extremidades inferiores simétricas, hipotroficas, llenado capilar inmediato, fuerza 4/5.</u>				
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA <u>Se envía al Hospital de Legaria para su valoración y estudio.</u>				
IDx: <u>Preobleto Epilepsia Simple</u>				
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD			_____ Dr. Barbosa MAP NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE	

ANEXO 14

60 de 60 a U. de

23/09/11
19:40.

Se trata de preescolar el cual acude al servicio de urgencias por haber presentado aproximadamente a las 15:00hrs movimientos de mano y boca involuntarios, así no responder a estímulos verbales y dolorosos y cianosis peribucal por aproximadamente 15 minutos, razón por la cual es traído al servicio de urgencias para valoración.

Como antecedente tiene el haber sido producto prematuro de 28 SGB, retraso psicomotor, PO almas de vida de ileostomía y de funduplicatura a los 3 meses.

A la exploración física se encuentra preescolar conciente, reactivo, eutrofico, irritable, con mucosas bien hidratadas, cráneo normocefalo sin exostosis ni hundimientos, pupilas reactivas, orofaringe hiperémica sin irritación cuello cilíndrico sin palpase edematizadas, tórax normoventilado con movimientos respiratorios simétricos, clara pulmonar a la auscultación sin fenómenos agregados, ruidos cardíacos rítmicos sincrónicos sin fenómenos agregados, abdomen blando depresible, no doloroso, con peristaltis, normoactivo y presencia de dos cicatrices, de aprox 10 y 5cm la primera en línea media y segunda en fosa ilíaca derecha, extremidades superiores íntegras simétricas, con llenado capilar inmediato, extremidades inferiores simétricas hipotónicas con llenado capilar inmediato, fuerza 4/5.

IDx: Epilepsia Parcial Sintomática

Plan: Tratamiento médico a base de Ácido Valproico 8.5ml QD continuar con 2ml cada 8hrs por 5 días y continuar con 3ml cada 8 horas hasta que sea estudiado en Neurología.

Cita abierta a urgencias, Control en centro de Salud.
Dr. ~~Verbas~~ Dr. Hernández R2P MI Ramírez.

135
x129x 30
36.8
14

ANEXO 15



Hospitales Shriners
para Niños

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

01 04557

VIFA: JUAN F. ...

07/09/2007

PLAN DE ALTA

Nombre: _____ Fecha de Admisión: 05-10-11

Fecha admisión: 05-10-11 Fecha inicio alta: 05-13-11

Fecha aviso alta a los padres: 05-13-11 Por: Dr. Alcaraz

¿El paciente puede caminar por sí solo? NO

¿Con muletas? NO

¿Con aparato ortopédico? NO

¿Silla de ruedas? NO

¿Otro tipo de aparato? NO

¿El paciente lleva aparato de yeso? NO

Tipo _____

CONTINUACION DEL PLAN

Fecha próxima consulta: Mayo - 27 - 11 Hora: 8:00

Especialidad (ea): _____

¿Se ha dado tarjeta con cita? SI

¿Se dan instrucciones u orientación por escrito? SI

¿Médicas? SI

¿De Fisioterapia? SI

¿De Psicología? SI

¿De terapia Ocupacional? SI

ANEXO 16



APAC I.A.P. Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral
Dr. Arce 104 y 105, Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06720 México, D.F.

138578

No. 136578

R.F.C. AJA 900517 IM3

Centro:		No. de exp. U 5032
Nombre:	VERA GARCIA JUAN ROMAN	
Por concepto de:	VALORACION	\$500.00

• Importe	\$500.00	• Total \$	\$500.00
-----------	----------	------------	----------

• Importe con letra QUINIENTOS PESOS 00 / 100 M.N

Recibí
<i>Sara Tapia F.</i>
Sello y Firma

México, D.F. a 10 de 09 de 2012

Efectivo Banco Cheque No.

ESTE RECIBO NO ES DEDUCIBLE DE IMPUESTOS
AYUDAR ES UNA OBLIGACIÓN Y UN PRIVILEGIO

ANEXO 17

CARTA INFORMATIVA IMPORTANTE PARA EL USUARIO QUE SOLICITA INGRESO A APAC


México, D.F. a 12 de septiembre de 2012.

APAC es una institución de atención en servicios educativos y de rehabilitación a personas con discapacidad motora.

En esta primera evaluación, te informamos:

1. La preconsulta es una revisión médica rápida.
2. Diferentes especialistas evaluarán al usuario: el médico y estomatología tardarán 30 minutos, 30 minutos aproximadamente durará la evaluación de neuropsicológica, psicología hará una entrevista de 30 minutos. Por último pasará con Trabajo social para explicar el procedimiento para su posible admisión o canalización.
3. El tiempo promedio de esta primera evaluación es de 2 a 2 y media horas
4. Se le dará **una primera impresión diagnóstica de forma verbal.**
5. Si el usuario cumple con los requisitos para ser alumno de esta institución se le informará al concluir el proceso.
6. Posteriormente se dará continuidad a la evaluación de forma más específica una vez que haya ingresado a esta institución.
7. Si el alumno es aceptado, se le pedirá a los padres o tutores la colaboración en actividades altruistas en beneficio para la institución.

Leí atentamente y estoy de acuerdo.


FIRMA DEL RESPONSABLE DEL USUARIO
(Parentesco: Madre)