



---

---

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

Unidad Ajusco

**LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA**

**LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD  
INTELECTUAL LEVE: EL CASO DE RODRIGO**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

P R E S E N T A

**AGUEDA CORAL ABURTO PUEBLA**

ASESOR:

DR. ARTURO CRISTÓBAL ALVAREZ BALANDRA

MÉXICO, D.F. AGOSTO DE 2015

*“Donde hay educación no hay distinción de clases”*

*Confucio.*

## **AGRADECIMIENTOS**

### ***A mis padres:***

*Quienes me dieron dos grandes regalos, la vida y la libertad para vivirla. Gracias por todo su apoyo incondicional, por los sacrificios que han hecho por mí, por sus consejos, dedicación, amor y por los valores que me inculcaron, sin duda alguna son la mejor herencia. Gracias por el esfuerzo que realizaron día a día para que hoy llegué a concluir esta etapa. ¡Los amo!*

### ***A mi asesor, Dr. Arturo C. Álvarez Balandra***

*Por todos los aprendizajes que me brindo, por su vocación, paciencia, dedicación y comprensión. Gracias por escucharme en mis momentos difíciles y por sus consejos que me impulsaron a seguir con este proyecto. Gracias por su gran profesionalismo para dirigirme en este trabajo, fue piedra angular en la realización de este proyecto. Es a través de este trabajo que le manifiesto mi más profundo respeto, admiración y agradecimiento.*

### ***A mis lectores:***

*Gracias por ser mis profesores durante el último año de la Licenciatura, por sus enseñanzas, profesionalismo, por leer mi investigación y por sus recomendaciones.*

*A la **Universidad Pedagógica Nacional Ajusco**, por brindarme cada aventura, logro,  
aprendizaje y áreas de oportunidad*

***A Rodrigo y a su familia***

*Gracias por haber puesto su confianza en mí, por abrirme las puertas de su hogar y de sus corazones, porque gracias a su testimonio pude plasmar un caso real en mi tesis y con ello adquirir muchos aprendizajes tanto personales como profesionales. Mi respeto y admiración hacia ustedes. Rodrigo, gracias por enseñarme tanto y por tu esfuerzo para lograr los objetivos esperados. A ti dedico esta tesis.*

***A Germán***

*Gracias por creer en mí y por siempre impulsarme para que yo confiara en mí. Gracias por guiarme y ayudarme durante los años de la Licenciatura, y gracias por tu comprensión y apoyo en todo momento hasta lograr a culminar este proyecto. T.A.*

*Finalmente, gracias a las personas que son importantes en mi vida, que han creído en mí y nunca me han olvidado, que durante estos años han estado conmigo lejos o cerca para verme lograr una meta más en mi vida.*

*“Las personas al igual que las aves,  
son diferentes en su vuelo,  
pero iguales en su derecho a volar”*

***Anónimo.***

## ABREVIATURAS Y SIGLAS

BAyP:	Barreras para el Aprendizaje y la Participación
SEN:	Sistema Educativo Nacional
IE:	Integración Educativa
EI:	Educación Inclusiva
NEE:	Necesidades Educativas Especiales
EE:	Educación Especial
CAM:	Centros de Atención Múltiple
USAER:	Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular
CAPEP:	Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar
DI:	Discapacidad Intelectual
CI:	Coeficiente Intelectual
SEP:	Secretaría de Educación Pública
DGEE:	<i>Dirección General de Educación Especial</i>
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
DF:	Distrito Federal
UNESCO:	<i>Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura</i>
CAS:	<i>Capacidades y Aptitudes Sobresalientes</i>
DEE:	<i>Dirección de Educación Especial</i>
RM:	Retraso Mental
AAMD:	<i>Asociación Americana sobre Deficiencia Mental</i>
OMS:	Organización Mundial de la Salud
AAMR:	<i>Asociación Americana sobre personas con Retraso Mental</i>
CIE-10:	<i>Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición</i>
DSM-IV-TR:	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada del manual</i>
AAIDD:	<i>Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo</i>
CPGMDH:	Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos
UPN-UA:	Universidad Pedagógica Nacional-Unidad Ajusco
MINEDUC:	Ministerio de Educación de Chile

OEI: Organización de Estados Iberoamericanos  
OEA: Organización de los Estados Americanos  
APA: Asociación Americana de Psiquiatría

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO 1. EL CAMINO PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA EN MÉXICO</b>	5
1.1. Origen y desarrollo de la educación especial en México	7
1.1.1.	
1.2. La integración educativa en México	27
1.3. Cambio de enfoque: de la Integración Educativa a la Educación Inclusiva en México	41
<b>CAPITULO 2. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL</b>	53
2.1. Del trato al estudio y atención de las personas con Discapacidad Intelectual	56
2.2. Etiología	68
2.3. Clasificación	72
2.4. Diagnóstico de la DI	79
2.5. Tratamiento de la DI	90
2.6. Barreras para el Aprendizaje y la Participación	94
<b>CAPÍTULO 3. EL PROCESO SEGUIDO PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: EL CASO DE RODRIGO</b>	101
3.1. Proceso seguido para la selección del caso	104
3.2. Condiciones para ingresar a la institución donde está integrado Rodrigo	107
3.3. Desarrollo pre, peri y posnatal del caso	109
3.4. Identificación y diagnóstico del caso	112
3.5. Evaluación psicopedagógica para la escolarización del caso	117
3.6. Inclusión educativa del caso	123
3.7. Prospectiva del caso	145
<b>CONCLUSIONES</b>	148
<b>REFERENCIAS</b>	154
<b>ANEXOS</b>	164

## INTRODUCCIÓN

Todos los seres humanos, sin importar sus condiciones físicas, emocionales e intelectuales, tenemos el derecho a acceder a una educación regular, es decir, los Estados tienen la responsabilidad de brindar las condiciones necesarias para poder acceder a ésta y, con ello, buscar lograr un mínimo de bienestar para todos los sujetos.

Al respecto un eslogan que hoy en día se promueve a nivel mundial es el de una “educación para todos”, aquella en donde es necesario reconocer la diversidad no como una problemática, sino como algo que enriquece a la sociedad y la educación. En nuestro país tal eslogan es retomado como una manera de pensar nuestro Sistema Educativo Nacional (SEN), un sistema en el que el acceso a la educación es un derecho que todos tenemos y que de acuerdo con la Ley General de Educación, implica apoyar a “...los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género. [...] esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos...” (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2012, p. 4).

Se trata de un modelo educativo dirigido a todos los educandos, independientemente de que tengan o no alguna discapacidad o problemas de aprendizaje, ya que éste involucra a todos los niños con la clara intención de ofrecer una educación en la diversidad, para la convivencia y en búsqueda de un bienestar. Es decir, se trata de un sistema educativo regular que busca ofrecer las condiciones necesarias para que todo niño que esté dentro de un aula regular, siendo considerado e incluido en la totalidad de las actividades que dentro de ésta se realicen.

Dicha visión se materializa en nuestro país a inicios de la década de los años 90, cuando el SEN se orientó a promover una Integración Educativa (IE), la que poco tiempo después se reorientó a la Educación Inclusiva (EI), enfoques educativos con el que se buscaba facilitar y lograr el ingreso y la participación de todo alumno que por sus condiciones (físicas, intelectuales o sensoriales) puede presentar Necesidades Educativas Especiales (NEE) y/o enfrentar Barreras para el Aprendizaje y la Participación (BAyP). Algo que se ha promovido a través de la transformación y funcionamiento de dicho SEN. Lo que poco a poco se ha venido logrando mediante ajustes, estrategias y planes de acción que logren consolidar esta propuesta y que den sentido a esta manera de comprender y desarrollar la educación (de todos los niños, adolescentes y jóvenes) en nuestro país.

Esta búsqueda se ve fortalecida con la creación y reorientación de los servicios de Educación Especial (EE), que de ser instancias que se orientaban a la atención y educación por discapacidad, pasaron a ser instituciones de apoyo a la educación regular. Así el Subsistema de Educación Especial de nuestro país, vio modificada su estructura, pues los centros de EE se dividieron en los Centros de Atención Múltiple (CAM) y en Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER). El primero para atender a los alumnos de Educación Básica que por tener una discapacidad severa o múltiple, no podían ser integrados en las escuelas regulares y, en algunos casos, para ser centros de capacitación laboral; y el segundo para apoyar el trabajo escolar en las escuelas regulares de Educación Primaria y Secundaria. Además se crearon las *Unidades de Orientación al Público* (UOP), con la finalidad de ser las instancias para brindar información, asesoría y capacitación al personal de los diferentes niveles educativos y a los familiares y asociaciones vinculadas con la atención y educación de niños con alguna discapacidad o problema de aprendizaje. Finalmente en el caso de Educación Preescolar, se mantuvieron los *Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar* (CAPEP) como las instancias



que tenían que apoyar el trabajo de las educadoras con los niños integrados a los Jardines de Niños.

A partir de este proceso de reestructuración de la EE, primero se dio inicio a la llamada IE y luego a la EI, dos enfoques que en realidad persiguen lo mismo con la diferencia de que en el primero se reconoce que los niños pueden tener NEE y el segundo que ubica la problemática educativa de estos niños en las BAYP que los mismos centros escolares y el SEN generan para su inclusión.

Un contexto de cambio que llevó a que todo niño independientemente de sus características y condiciones debería ser incluido en las aulas regulares de nuestro SEN. Caso ejemplar de ello son los niños con Discapacidad Intelectual (DI) que se caracterizan por tener limitaciones adaptativas, sociales e intelectuales que pueden ir de leves a graves, lo que ha sido evaluado empleando diversos instrumentos con base en los cuales se busca establecer el potencial cognitivo de los niños o su Coeficiente Intelectual (CI). Un proceder que desgraciadamente no considera las condiciones socio-culturales de los niños y que (en muchos casos) erróneamente ha llevado a que niños si esta discapacidad sean ubicados como DI cuando sus problemática surge de su contexto y no de una supuesta discapacidad.

En el caso específico de esta investigación, dicha discapacidad resulta relevante, dado que se trata de un estudio de caso, que de manera ejemplar muestra las acciones de diagnóstico, evaluación psicopedagógica e intervención que se realizaron para la inclusión educativa de un niño con DI leve a una escuela primaria regular. Un proceso en el que tuve la oportunidad de participar realizando algunas acciones que favorecieran su desarrollo intelectual y su inclusión educativa.

De eso trata la presente investigación, de elaborar una explicación sobre mi experiencia de trabajo al colaborar durante un año en el proceso de inclusión

educativa de un niño con DI Leve a la escuela regular “Grecia”. Para ello la estructura de la tesis se conforma de tres capítulos: un primero, en el que se explica el desarrollo histórico que llevó de la EE a la EI, proceso de transformación que surgió a partir de las reflexiones y debates en torno a la educación para las personas con discapacidad; un segundo, en el que se precisa la información relevante sobre la DI, partiendo de una explicación sobre el desarrollo histórico del trato y estudio de las personas con esta discapacidad, para después realizar un análisis sobre aspectos sustantivos de ésta (etiología, clasificación, diagnóstico y tratamiento), para cerrar sobre una explicación referente a las BAyP y todo aquello que tiene que ver con su inclusión educativa; y, un tercero y último, en el que a través de un estudio de caso doy cuenta de los apoyos y acciones que permitieron lograr la inclusión de un niño con DI (el caso de Rodrigo).

## **CAPÍTULO 1**

### **EL CAMINO PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA EN MÉXICO**

Se puede decir que la educación de las personas con discapacidad o con algún problema de aprendizaje tiene una larga historia en nuestro país, ya que desde la conquista la Iglesia Católica buscó la manera de ofrecerles cuidados y cierta atención. Sin embargo, es con Juárez que se inicia la institucionalización de la EE en nuestro país, un proceso que llevó a que se dieran diversos cambios con respecto al trato y educación de las personas con alguna discapacidad, permitiendo que se iniciara, de manera incipiente, la incorporación de éstos a la vida nacional.

Con el desarrollo del naciente Estado mexicano y la relativa estabilidad de éste, se dio la creación de más instituciones de EE, para tener una mayor cobertura en las diferentes entidades del país; un proceso que no cambió la visión devaluada de las personas con alguna discapacidad, pues se les seguía viendo como el grupo de “anormales” que requerían de servicios especiales para su atención y educación y que se constituían en una carga para las familias y la nación.

A pesar de esta devaluada visión de la EE, se empezó a ver la necesidad de empezar a formar especialistas encargados de atender y educar a los discapacitados en función de sus particularidades, buscando que ésta se diera bajo su responsabilidad. Algo que no significó la plena integración de este sector de la población a la sociedad y al sistema educativo que se estaba formando.

Con el tiempo y bajo el abrigo de movimientos internacionales promovido por grupos de la sociedad Civil y organizaciones internacionales, se dio inicio al llamado movimiento de IE, el que tenía y tiene como principio fundamental el de la normalización. Principio que implicó el establecer las condiciones necesarias para

proporcionar a las personas con discapacidad o problemas de aprendizaje las mismas condiciones de escolarización y los apoyos académicos y técnicos necesarios para alcanzar tres metas esenciales: una buena calidad de vida, el disfrute de sus derechos humanos y la oportunidad de desarrollar sus potencialidades (García, P. & Pablo. Como se citó en: García *et al.* p. 44).

Un movimiento que sirvió para que en México durante la década de los años 90, se iniciara un proceso de transformación en el que se promovió hacia este enfoque dentro de nuestro SEN. Cambio con base en el que se veían modificadas las funciones del Subsistema de Educación Especial, para ser la instancia de apoyo de la Educación Básica regular donde serían integrados los niños con alguna discapacidad o con algún problemas de aprendizaje.

Sin embargo, poco tiempo pasó para que el enfoque de la IE fuera cuestionado dado que diversos autores consideraban que esta integración tenía claras limitaciones, dado que: se seguía etiquetando a los educandos como niños con NEE, se les veía como los portadores de la problemática y se les integraba sin que ello implicara su inclusión en la realización y desarrollo de las actividades escolares. Se trata de un movimiento que se denominó EI y que consistía en asegurar la participación de todos los niños en los procesos escolares, independientemente de su discapacidad o por otras problemas personales (condiciones de vida u origen étnico, social o religioso); pensando que se tiene que pensar en una educación para la diversidad. Algo que se vio acompañado de la idea de que es el contexto el que impone BAYP.

Temática que se analiza en el presente capítulo, partiendo de elaborar una explicación sobre los cambios que con el tiempo llevaron a la EE, de ésta a la IE y finalmente de a la EI. Para ello, se divide en tres apartados: un primero, que trata sobre el origen y desarrollo de la EE, explicando algunos episodios históricos que marcan un hito en el desarrollo de la educación para las personas con discapacidad; un segundo, en el que se habla sobre las condiciones en que se

inicia y desarrolla la IE en México; y un tercero y último donde se expone los factores que llevaron a que se diera el cambio de la IE a la EI.

### 1.1. Origen y desarrollo de la educación especial en México

Se puede decir que la EE inicia en México, durante la presidencia de Benito Juárez “[...] momento en el que la población y el Estado, aún no tenía idea clara de qué hacer con las personas con discapacidad, a quienes se les negaba el reconocimiento de sus capacidades pues solo eran vistos desde su 'alteración' motora, auditiva, visual o intelectual” (SEP, 2010b, p. 21). Una EE que privilegiaba la terapia y la asistencia por la educación, ya que los sujetos eran considerados como:

[Minusválidos, impedidos...] para realizar cualquier actividad productiva o intelectual, de ahí la necesidad de ampararlo. Este hecho repercute en la creación de instituciones, la mayoría de ellas privadas, instaladas en conventos, hospitales o casas particulares, convirtiéndolos en escuelas o asilos para dar respuesta a esta creciente población (SEP, 2010b, p. 42).

Situación que de alguna manera se ve modificada cuando en el año de 1861 Juárez decretó la *Ley de Instrucción Pública*<sup>1</sup> y para 1866 creó la *Escuela Municipal de Sordomudos*,<sup>2</sup> primera institución de México independiente que formalmente ofreció atención y educación a las personas con esa discapacidad. Esto llevó a que en 1870 se creara la *Escuela Nacional de Ciegos*,<sup>3</sup> a la vez que se promueve la formación de especialistas que pudieran atender y educar al

---

<sup>1</sup> En dicha Ley la educación primaria se establece como gratuita, obligatoria y laica (SEP, 2010b, p. 24).

<sup>2</sup> La *Escuela Municipal de Sordomudos* después cambió su nombre a *Escuela Nacional de Sordomudos* una institución que también se encargó de formar a los docentes que atenderían a los niños sordomudos. Los requisitos para ingresar a esta institución consistían en tener de 18 a 22 años, con buenas costumbres, ser examinados por la compañía lancasteriana y saber el idioma francés (lengua materna de Eduardo Huet, quien era el profesor principal de los alumnos que aspiraban a ser profesores de sordos). Las enseñanzas consistían en la lengua española escrita, catecismo de moral y religión, aritmética, geografía, historia nacional y universal, agricultura para los niños, trabajos manuales para niñas, teneduría de libros y enseñanza de lenguaje manual (SEP, 2010b, p. 43).

<sup>3</sup> Hay que indicar que esto no se lleva a cabo debido a la invasión francesa que impone como emperador a Maximiliano, por lo que es hasta 1870 que Ignacio Trigueros funda la *Escuela para Ciegos* (Ignacio Trigueros) en la capital de la República. (SEP, 2010b, p. 42), destacando que es la primera escuela (en su género) de América Latina.

sordomudo.<sup>4</sup> Unos años después, Ignacio Valeriano realizó investigaciones y aprendió métodos para enseñarles a las personas ciegas, lo que lo llevó a convocar a profesores o personas que estuvieran interesados en su enseñanza. Algo que no se pudo lograr debido a la precaria situación económica que estaba viviendo el país y que impidió contratar docentes especialistas del extranjero. Condición que lo llevó a que él cumpliera dicha función, dado que sabía leer y escribir en el sistema alfabético braille.<sup>5</sup>

Esto llevó se a que se estimulará el interés por la educación y atención de las personas con discapacidad en México, siendo los profesionales de la medicina los que tuvieron mayor interés, ya que por su formación eran los primeros en darse cuenta de las discapacidades de los niños.

Esto se vio acompañado de diversos *Congresos de Higiene y Pedagogía*, que: “[Propiciaron...] claridad en el proceso de reconocimiento de la existencia de una educación especial” (SEP, 2010b, p. 26). Uno de ellos es el que se llevó a cabo en el año de 1882 cuando el *Consejo Superior de Salubridad* convocó a un primer *Congreso Higiénico Pedagógico* en el que se tocaron temas sobre: las condiciones higiénicas de los mobiliarios y materiales escolares, ejercicios físicos y precauciones para evitar enfermedades contagiosas (SEP, 2010b, p. 26). Un segundo, llamado *Congreso Nacional de Instrucción Pública* que se llevó a cabo en 1889 y en el que se estableció “...que las escuelas especiales deberán incrementarse, en tanto se dediquen a la educación de los ciegos, sordos, 'idiotas' y delincuentes” (SEP, 2010b, p. 28). Esto dio pie a la realización de otros eventos de higiene escolar que derivaron propuestas de prevención, atención y educación para los educandos “normales” y que presentaban alguna discapacidad.

---

<sup>4</sup> Es conveniente indicar que se denominaban sordo-mudos pues al no tener los apoyos necesarios para aprender a hablar la mayoría de las personas sordas no aprendían a hablar. Pero la mudes no era un problema orgánico sino funcional o educativo.

<sup>5</sup> Dicho sistema es un alfabeto que representa las letras, signos de puntuación, números, etc., el cual consiste en “...una cuadrícula de seis puntos dispuestos de forma vertical, en dos columnas de tres puntos cada una. Los puntos se numeran hacia abajo, siendo los puntos uno, dos y tres los de la primera columna, y los cuatro, cinco y seis los de la segunda columna. La lectura se realiza a través del tacto con las yemas de los dedos, desplazándose de izquierda a derecha, y el resultado de su lectura es un literal de la lengua que se trate” (El CiberRincón de la clase, 2012, párrs. 13-14).

Creciente preocupación e interés por las personas que presentaban alguna discapacidad que llevó a que para 1906 en el folleto quincenal de *La Enseñanza Primaria*, Rodolfo Menéndez publicó un artículo denominado *Educación de la Infancia Anormal*, en el que se propuso una clasificación de los niños “anormales” de acuerdo a varios estudios que llevaron a cabo médicos, pedagogos, psicólogos y abogados de ese tiempo. En éste se dividió a los niños en dos tipos: los que manifestaban un desarrollo regular y los que presentaban inferioridad física, intelectual o moral con respecto a sus compañeros; estableciendo a su vez cinco categorías de anormalidad:

1. Categoría de anormales físicos: corresponde a los enanos, jorobados, cojos, inválidos, con inteligencia normal o desarrollada.
2. Categoría de anormales sensorios: corresponde a los sujetos que tienen mal desarrollado o no desarrollan uno o más sentidos. Son educables con metodologías específicas.
3. Categoría de anormales intelectuales: corresponden a los que tienen imperfectos su cerebro o sus sentidos.
4. Categoría de anormales del sistema nervioso (anormales patológicos): son los que tanto su sentido como su inteligencia puede estar normal, pero manifiestan alteraciones del sistema nervioso (epilépticos, mal del San Vito, histéricos, convulsiones).
5. Categoría de anormales pedagógicos: corresponde a los sujetos con inteligencia y desarrollo normal, pero que son ignorantes debido al abandono en el que se encuentran (SEP, 2010b, pp. 30-31).

Un artículo que impactó en México y que llevó a que en 1908 se crearan escuelas especiales para personas con algún retardo intelectual, estandarizándose a la vez un protocolo de evaluación para medir el nivel intelectual de los niños en las escuelas “normales” y con ello poder lograr su detección temprana.

Esto llevó a que en 1910 especialistas nacionales interesados en la atención y educación de personas con esta discapacidad, acudieran al *Tercer Congreso de Higiene Escolar*, el que se llevó a cabo en la ciudad de París, Francia. Congreso académico y social en el que se planteó que:

...la enseñanza para los anormales debía organizarse en colaboración entre el médico y el educador, creando diferentes establecimientos que atendieran el estado mental de los niños y sobre todo su estado moral. Los maestros de estos niños, debían tener nociones teóricas y prácticas de otras disciplinas, para tener la capacidad de distinguir

o detectar a los anormales y propiciar su educación intelectual y moral (SEP, 2010b, pp. 32-33).

Propuesta de organización y de colaboración entre médico-educador que llevó a lo que se denominó enfoque **médico-pedagógico** para la atención de niños con problemas de aprendizaje y con algún otro tipo de discapacidad. Supuestos que sirven de base para que se empiece a hablar de una EE, pero desde un enfoque terapéutico<sup>6</sup>.

Para 1921, en la Ciudad de México, se realizó el *Primer Congreso Mexicano del Niño* (el que tomó como referencia el *Congreso de París* de 1910) en el que se consolidó el enfoque médico-pedagógico, retomado por un gran número de médicos y profesores que laboraban en los servicios de higiene escolar del país. Para ello, los profesores se hicieron cargo de aplicar exámenes individuales que permitieron atender a la población infantil que presentaba alguna problemática educativa.

Dicho Congreso se convirtió en punta de lanza para la Institucionalización de la EE: “[...] al propiciar el uso de instrumentos (test (*sic.*), cuestionarios, exámenes) para medir, clasificar y diferenciar a los alumnos por patologías y déficits que presentaban, logrando así, organizar tratamientos y estrategias de atención en instituciones especializadas” (SEP, 2010b, p. 33). El desarrollo de tales pruebas básicamente se orientó a medir el Coeficiente Intelectual (CI o IQ por sus siglas en inglés), con la finalidad de clasificar a los sujetos conforme a los estándares;<sup>7</sup> es decir, medir la deficiencia en el CI y ofrecer un tratamiento y una educación pertinentes.

---

<sup>6</sup> Debesse fue quien emitió el término de Educación Terapéutica en Francia, el cual definió como: “El estudio de la educación y de los cuidados que requiere el niño cuyo desarrollo psíquico y físico se halla en situación de desventaja debido a factores de naturaleza individual y social” (Sánchez, 1994, p. 17).

<sup>7</sup> Se trata de una problemática educativa que de manera reiterada ha prevalecido dentro de los sistemas educativos de nuestro país a lo largo de los años. Hoy en día con pruebas como: Evaluación Nacional del Logro Académico en Centros Escolares (ENLACE), Programa Internacional de Evaluación de los Alumnos (por sus siglas en inglés PISA), Examen para la Calidad y el Logro Educativo (EXCALE). Si bien se ha anunciado por parte de la SEP, la cancelación de la prueba ENLACE (Pérez, 2013, párrs. 1-9).



Para 1923, en la Ciudad de México, se realizó el *Segundo Congreso Mexicano del Niño* en el que se estableció la urgencia de crear escuelas especiales, así como la aplicación de exámenes psicológicos y pedagógicos para determinar qué niños eran “normales” y los que no lo eran. Algo que se realizó con base en criterios estandarizados que permitieron identificar a los niños que presentaran alguna deficiencia (cardiaca, de sordera, de ceguera, de anemia, de tuberculosis y de retraso mental), con la finalidad de que fueran atendidos y se les ofreciera educación en grupos homogéneos de acuerdo a sus condiciones físicas y de discapacidades (lo que algunos ubicaron como sistema educativo paralelo, que más bien los aislaba y los segrega del resto).

Eventos que influyeron de manera significativa para que en 1925 se fundara el *Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar*<sup>8</sup> en la Ciudad de México, el que funcionó: “[Bajo...] el precepto de la clasificación escolar homologando los grupos con el fin de proteger al niño, y de que aquellos alumnos que presentaban una incapacidad física o mental, se desarrollaran en condiciones peculiares a sus capacidades” (SEP, 2010b, p. 35). Cuyo propósito era:

...facilitar la función docente, mejorar la enseñanza como un medio idóneo de evitar en lo posible las reprobaciones, seleccionar con certidumbre científica a los deficientes y a los mejor dotados, establecer las bases para la institución de la escuela a la medida, permitir –con juicio científico– la formación de cursos escolares de promoción rápida, con el fin posterior de reducir y acabar con el crecido número de los retrasados escolares, evitar la distribución empírica de los alumnos y procurar la especialización del personal docente de los débiles mentales y físicos, así como un tratamiento con base en procedimientos médico-pedagógicos, que favorecieran su adaptación social, así como la formación de maestros y médicos especialistas en la educación de los mismos (SEP, 2010b, pp. 53-54).

Esto llevó a la creación de las primeras escuelas de EE, las que en ese momento se caracterizaron por ofrecer educación por tipo de discapacidad, es decir, de

---

<sup>8</sup> Para el año de 1936, este *Departamento* pasa a ser el INP con la finalidad “...de ofrecer una base científica a la investigación educativa, a los planes, programas y métodos de enseñanza...” (SEP, 2010b, p.55) y para los años 40 nuevamente cambió de nombre al de *Instituto Nacional de Pedagogía*; la mayor aportación de dicho cambio, deriva en la fundación de su revista que trataba temas sobre pedagogía, antropología física, psicología, orientación vocacional y educación. Asimismo, en 1971 se transforma en el *Instituto Nacional de Investigación Educativa*; y posteriormente, para los años 80 se incorporó a la *Universidad Pedagógica Nacional (UPN)*, como instancia responsable de desarrollar la investigación (SEP, 2010b, pp. 55-57).

acuerdo al déficit que presentaban las personas, se ofrecía educación que les permitiera lograr ciertos niveles de interacción y desarrollo de sus potencialidades.

Para ello, el *Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar* se dedicó a realizar estudios sobre el nivel de desarrollo de la inteligencia de los niños, empleando escalas individuales y colectivas, que les permitieran medir el CI de los niños y con base en ello poder ubicarlos en donde les correspondía. Con base en esta visión, un grupo de académicos mexicanos participaron en el *V Congreso Panamericano del Niño* (llevado a cabo en La Habana, Cuba en 1927). En el que se expusieron las adaptaciones de los *test* estandarizados que se aplicaron con “gran éxito” en las escuelas del país, a la vez que se dieron a conocer los resultados de los estudios comparativos.

Visión clasificatoria que se continuó y llevó a que los especialistas del país participaran en el *Séptimo Congreso Panamericano del Niño*, celebrado en 1935 en la ciudad de México. En el que se trataron temas sobre disposiciones legislativas sobre los derechos de los niños y la necesidad de una atención médico-pedagógica para los infantes con discapacidad. Una metodología que debía ser empleada por los gobiernos asociados al *Instituto Interamericano del Niño (IIN)*.<sup>9</sup>

Año en el que se creó el *Instituto Médico Pedagógico (IMP)*, institución que daría atención a niños con retardo físico y mental y, a su vez, formar profesores especialistas en cada una de las discapacidades para atender y educar eficazmente a los alumnos. Esta institución inició un proceso de fortalecimiento de la EE como servicio en el país. Un momento que según Gearhearth, Weishahn y Toledo, se denominó época de las *instituciones*, debido a la creación de un gran

---

<sup>9</sup> “El *Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (IIN)* es el Organismo Especializado de la *Organización de los Estados Americanos (OEA)* en materia de niñez y adolescencia. Como tal, asiste a los Estados en el desarrollo de políticas públicas, contribuyendo a su diseño e implementación en la perspectiva de la promoción, protección y respeto a los derechos de niños, niñas y adolescentes en la región. En este marco, el IIN destina especial atención a los requerimientos de los Estados Miembros del Sistema Interamericano y a las particularidades de los grupos regionales” (OEA, 2000, párr. 1).

número de internados, hospitales y centros psiquiátricos para la atención específica por discapacidad (Como se citó en García *et al.*, 2000, p. 23).

Es así que para 1937 se crea la *Clínica de la Conducta* (que dependía del *Instituto Nacional de Psicopedagogía* (INP) en la que se estudiaba la personalidad del infante con la finalidad de establecer los parámetros de la conducta “normal”, para diferenciarla de la “patológica”; y, de esa manera, poder diagnosticar. Asimismo se ofrecían los servicios de educación y tratamiento a los niños que presentaban algún problema con respecto a la conducta “normal”.

Para 1941 Octavio Vejar Vázquez (Secretario de Educación Pública), envió a la Cámara de Diputados la propuesta de crear una escuela formadora de especialistas en EE. Lo que lleva a que a partir del 8 de septiembre de 1942, el *Departamento de Estudios Pedagógicos* de la *Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación Científica* de la SEP, diseñe un plan de estudios para ofrecer la carrera de *Maestro para Anormales Mentales y Menores Infractores*. Propuesta de formación que llevó a que el 7 de junio de 1943, se creó la *Escuela Nacional de Especialización* (ENE) con el propósito de formar, bajo una visión “científica” a los docentes-especialistas que atenderían a los niños y jóvenes que requerían de una EE.

Cuatro años después (para 1945), se fundó el *Instituto para la Rehabilitación de los Niños Ciegos y Débiles Visuales* (INNVI), en el que se ofreció atención desde materno-infantil hasta jóvenes de dieciséis años de edad.

Otras instituciones de EE que se fundaron durante los años 50 fueron: el *Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje* (IMAL) (1951), primera institución privada para la atención de niños sordos y la formación de profesores especialistas en problemas de la audición y lenguaje; el *Instituto Nacional de Audiología y Foniatría* (1952), institución que estaba al interior del *Hospital Infantil de México* y que se orientó a la atención médico-rehabilitatorio-terapéutico de niños con problemas de

audición y lenguaje; asimismo, se creó la *Clínica de Ortolalia*, en la que se detectaban y atendían los problemas de lenguaje que presentaban los alumnos para lograr su inserción al entorno escolar y social (SEP, 2010b, p. 44).

Para 1959, en la SEP se creó la *Oficina de Coordinación de Educación Especial* dependiente de la *Dirección General de Educación Superior e Investigación Científica*, con el fin de organizar a las instituciones que ofrecían atención y educación a los niños con discapacidad (SEP, 2010b, p. 38). Para 1960 la SEP fundó la primera *Escuela Primaria de Perfeccionamiento*, la que se orientó a brindar una educación integral y moral a infantes de 5 a 10 años oligofrénicos,<sup>10</sup> proporcionándoles una formación de autonomía personal e integración social; se buscó contar con una institución que atendiera a los niños débiles mentales o de lento aprendizaje para cursar la educación primaria. Esto motivó a la creación de otras instituciones en el país, pues para 1962 se crearon: la *Escuela para Niños con Problemas de Aprendizaje* y la *Escuela Mixta para Adolescentes* en la ciudad de Córdoba Veracruz, en donde se les brindaba la atención a los adolescentes con problemas de aprendizaje (SEP, 2010b, p. 39).

Ante este crecimiento de instituciones de EE, la SEP, el 18 de diciembre de 1970<sup>11</sup>, crea la *Dirección General de Educación Especial* (DGEE), con la finalidad de organizar, dirigir, administrar y vigilar todo el sistema federal del sistema educativo para personas con discapacidad (SEP, 2010b, p. 39). Dicha dirección buscó los mecanismos que permitieran que las instituciones encargadas de atender y educar a las personas con discapacidad (con problemas de audición, lenguaje, ciegos, débiles visuales, deficientes mentales, impedimentos motores,

---

<sup>10</sup> La persona oligofrénica se caracteriza por padecer una deficiencia mental que impide su desarrollo normal de acuerdo a la media generalizada a nivel intelectual, emocional y racional, es decir, la oligofrenia consiste en: "...la cualidad de poca mente o de poca inteligencia que una persona posee. La persona oligofrénica es una persona que [...] no logra desarrollar su cerebro a un nivel normal, permaneciendo sus capacidades cerebrales y cognitivas por debajo de los parámetros aceptados por la medicina. El oligofrénico por lo general nace ya con estas características que pueden ser heredadas por tendencias previamente existentes en algún familiar o por alguna condición anormal del desarrollo del feto durante el embarazo. Esto quiere decir que una persona oligofrénica puede alcanzar edades de un adulto pero todavía mantener un nivel intelectual o racional de un niño de 4 o 5 años" (Definición ABC, *n.d.*, párrs. 3-4).

con algún problema de aprendizaje y de inadaptación escolar y social) cumplieran con la función que tenían encomendada y recibieran los apoyos necesarios.

Año que fue un hito a nivel internacional en la manera de concebir el trato y la educación de las personas con discapacidad, puesto que se empieza a consolidar la llamada corriente “normalizadora” propuesta por el danés Bank-Mikkelsen, para que en Europa se modificaran las prácticas sociales y educativas aislacionistas y discriminatorias que se daban y ofrecían a los sujetos con discapacidad, posteriormente esta corriente de pensamiento se extendió a Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, y finalmente a Italia, Francia y España (Jiménez & Vilá, 1999, p. 109). Un enfoque social y educativo que se define como:

[El lograr...] que la vida de una persona con deficiencia mental [sea...] lo más parecida posible a la del resto de ciudadanos de la comunidad, en cuanto a su ritmo, oportunidades y opciones, y en la distintas esferas de la vida (vivienda, trabajo, relaciones sociales, ocio, etc.) (Jiménez & Vilá, 1999, p. 109).

Normalización que según Mikkelsen era el antidogma de la segregación y una aplicación de los derechos de la persona independientemente de sus características (Jiménez & Vilá, 1999, p. 109). Enfoque normalizador que llevó a: “...elaborar un programa de vida, cuyo objetivo principal [era...]: disminuir los aspectos diferenciales de las personas con discapacidad y realzar las similitudes con las que no [tenían] discapacidad, en cuanto a sus condiciones de vida” (Sosa, 2009, p. 67). Visión en la que se comenzó a hablar de la **integración** de las personas con discapacidad “...para que [éstas desarrollaran...] al máximo posible sus capacidades, ya más desde un punto de vista sociológico, en principio, en aquellos sujetos que [habían] participado de un proceso de rehabilitación y [estaban] en condiciones de integrarse plenamente a la sociedad” (Sosa, 2009, p. 67).

A partir de esto, las políticas de EE en México empezaron a ser influenciadas por los movimientos internacionales analizando las principales problemáticas sociales y educativas que la aquejaban, lo que llevó a cuatro conclusiones generales:

- La primera, fue reconocer que la obstinación por aumentar los sistemas de enseñanza basados en la estrategia de desarrollo lineal, equivaldría a agudizar la crisis educativa.
- La segunda, promovió acentuar el aspecto cualitativo del desarrollo de los sistemas educativos, a través de favorecer las reformas pedagógicas requeridas para adaptar los sistemas de enseñanza del mundo en evolución; es decir, más eficaces y más dinámicos.
- La tercera conclusión, recomendó prestar mayor atención al equilibrio e integración del desarrollo educativo, en el marco de los objetivos y estrategias más vastas del desarrollo nacional.
- La cuarta, consideró reforzar cada una de las estrategias nacionales en el marco de una estrategia internacional (SEP, 2010b, p. 77).

Éstas potenciaron en nuestro país el que se empezara a buscar la manera de mejorar la calidad de vida y de educación de los individuos con discapacidad, retomando algunas de las políticas internacionales, que se gestaban a través de los procesos de globalización.

En 1971 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) promulgara la *Declaración sobre los Derechos del Deficiente Mental*, en la que se hace mención: sobre el derecho de igualdad; a la atención médica y tratamiento físico; a la educación, capacitación, rehabilitación y orientación que le permitan desarrollar al máximo sus capacidades y aptitudes; y a la seguridad económica al desempeñar un empleo productivo (SEP, 2010b, p. 79). Una declaración en la que también se indicaba que:

1. El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos de los demás seres humanos.
2. [...] tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
3. [...] tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.
4. De ser posible, [...] debe residir con su familia o en un lugar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida en la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.
5. [...] debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.

6. [...] debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.
7. Si algunos [...] no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evolución de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedara sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación de autoridades superiores (ONU, 1971, pp. 312-313).

Para ese mismo año (1971), debido a la influencia ejercida por la *Declaración sobre los Derechos del Deficiente Mental*, se creó en el Distrito Federal (DF) la *Unidad Técnica de Detección*, con la finalidad de poder diagnosticar e identificar los problemas de desarrollo y aprendizaje de todos los niños en edad escolar; asimismo la DGEE participó en el *Primer Congreso Hispanoamericano de Dislexia* (llevado a cabo en Viña del Mar, Chile). Un año después, en 1972, en el país se inauguró el primer *Centro Psicopedagógico* para atender a niños de segundo a sexto grado de primaria que tuvieran algún problema de aprendizaje en lengua escrita y matemáticas.

Tal apertura llevó a que la DGEE empezara a participar en otros eventos, tales como el *V Seminario Internacional sobre Educación Especial* en Melbourne Australia y *XIV Congreso Interamericano del Niño* en Santiago de Chile en 1973 (SEP, 2010b, 87). Año en el que la *Secretaría de Salubridad y Asistencia* (SSA), el *Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia* (DIF) y la DGEE, firmarán un convenio para crear los *Centros de Rehabilitación y Educación Especial* (CREE) en los estados, con el fin de contar con recursos para ofrecer una rehabilitación y educación a las personas con discapacidad en todo el país (SEP, 2010b, p. 107).

Para el año de 1975, la ONU emitió la *Declaración sobre los Derechos de los Impedidos*, en la que se planteó:

1. El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o

social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.

2. El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los impedidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia.
3. [...] tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.
4. [...] tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos; el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental se aplica a toda posible limitación o supresión de esos derechos para los impedidos mentales.
5. [...] tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.
6. [...] tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesionales; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.
7. [...] tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.
8. [...] tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.
9. [...] tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad.
10. [...] debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.
11. [...] debe poder contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Si fuere objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un procedimiento justo que tenga plenamente en cuenta sus condiciones físicas y mentales.
12. Las organizaciones de impedidos podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos.
13. El impedido, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración (ONU, 1975, párrs. 9-21).

Año en el que los académicos y especialistas del país empezaron a participar de manera sistemática en eventos como: el *Primer Congreso Internacional Intensivo*



*sobre Menores Infractores* (llevado a cabo en la ciudad de México); el *Segundo Congreso Hispanoamericano sobre Retardo Mental* (Panamá); la *Conferencia Mundial sobre el Niño Superdotado* (Londres); el *IV Congreso Panamericano de Neumología*; y la *Primera Reunión Nacional de Asociaciones Civiles de Educación Especial* (las dos llevadas a cabo en la Ciudad de México) (SEP, 2010b, p. 88).

Estos acontecimientos y avances sobre EE en México llevaron a que se crearan los *Grupos Integrados A y B* en 1976, los cuales permitieron atender a aquellos niños que tenían problemas de aprendizaje. En el caso de los Grupos Integrados “A”, se trabajaba con los alumnos con problemas de aprendizaje leves y se les daba atención a los alumnos que reprobaban el primer año; y, en el caso de los Grupos Integrados “B”, se trabajaba con los alumnos que presentaban problemas de aprendizaje en la lengua escrita y las matemáticas. Grupos Integrados que ofrecían un apoyo educativo ha dicho sector de la población. Tales grupos fueron atendidos por profesores especialistas en problemas de aprendizaje y en conjunto con médicos, psicólogos y trabajadores sociales; se encargaron de integrar a los alumnos en cuanto superaban sus problemas (SEP, 2010b, p. 103).

De manera similar también se crearon los *Grupos Integrados Específicos para Hipoacúsicos* con el objetivo de atender a niños que no podían acceder a las escuelas regulares por problemas auditivos. Para ello, se abrió un grupo en la escuela primaria “normal” “Mártires de Tacubaya”, que coordinaba la DGEE. Un programa especial que se trabajó hasta el 5° grado (Cómputo académico UNAM, *n.d.*, párr. 2).

Para desarrollar el trabajo que se realizó en estos grupos, la DGEE propuso el *Plan de Trabajo para el Fortalecimiento de los Grupos Integrados*, en el que estableció lo siguiente:

1. [Iniciar...] con entrevistas a inspectores y directores, conferencias de orientación a maestros sobre la importancia y fines de los programas integrados y [...] orientación sistemática a los padres de familia para continuar esta labor dirigida y reforzada en sus propios hogares.

2. Planear y realizar la selección y clasificación con equipos y de la Unidad Técnica y de Investigación de la DGEE, con base en un diagnóstico integral (médico, psicológico, pedagógico y social) a efecto de identificar a los niños atípicos [...].
3. Organización de grupos con un máximo de 25 educandos, en caso de deficiencia mental ligera.
4. Organización de servicios de terapia pedagógica y técnica rehabilitatoria, en caso de niños con problema de lenguaje, hipoacúsicos o con problemas de conducta.
5. Selección de los mejores maestros especialistas [...].
6. Dotar las aulas destinadas para ellos con instalaciones adecuadas: [...].
7. Evitar toda designación diferente a la adoptada en los grupos ordinarios de la escuela en donde el niño se encuentra.
8. Organización y supervisión técnica a cargo de la supervisora [...].
9. Control y estudio minucioso para la promoción de los alumnos, con el fin de poder reintegrar en grupos superiores a quienes tuvieran mayor capacidad, o [...] encauzar hacia las escuelas de Educación Especial a quienes no pueden continuar en la escuela primaria regular.
10. Garantizar la eficiencia terminal en la atención de los alumnos atípicos, [...].
11. Contribuir [...] mediante estudios científicos, a reducir [...] la reprobación del primer año del nivel elemental (SEP, 2010b, p. 104).

A finales de esta década, en 1978, en el Reino Unido se publicó el *Informe Warnock*, en el que Mary Warnock plantea que todo niño inglés tiene derecho a una educación lo más “normal” posible, independientemente de sus características y condiciones; es decir, se recuperó el principio de “normalización” y se empleó el concepto de NEE. Visión que reconocía el hecho de que en toda sociedad había niños que por sus condiciones y características requerían de apoyos complementarios que les permitan resolver estas NEE, lo que planteaba el evitar separar a los niños “deficientes” de los “no deficientes” y se diera la apertura para que todos los alumnos pudieran asistir a las escuelas regulares<sup>12</sup>. En dicho informe se indica que:

- Ningún niño será considerado en lo sucesivo ineducable.
- La educación es un bien al que todos tienen derecho.
- Los fines de la educación son los mismos para todos.
- La Educación Especial consistirá en la satisfacción de las necesidades educativas (NNEE) de un niño con objeto de acercarse al logro de estos fines.
- Las NNEE son comunes a todos los niños.
- Ya no existirán dos grupos de alumnos, los deficientes que reciben EE, y los no deficientes que reciben simplemente educación.
- Si las NNEE forman un continuo, también la EE debe entenderse como un continuo de prestación que va desde la ayuda temporal hasta la adaptación permanente o a largo plazo del currículum ordinario.

---

<sup>12</sup> Es conveniente indicar que a partir de este informe, el concepto de normal empezó a ser sustituido por el de regular, un cambio que fue significativo pues permitió modificar la idea de “deficientes” por el de NEE. (García *et al*, 2000, *pass*.)

- Las prestaciones educativas especiales, donde quiera que se realicen tendrán un carácter adicional o suplementario y no alternativo o paralelo.
- Actualmente los niños son clasificados de acuerdo con sus deficiencias y no según sus NNEE.
- Se recomienda, por tanto, la abolición de las clasificaciones legales de los deficientes.
- Se utilizará, no obstante, el término “dificultad de aprendizaje” para describir a los alumnos que necesitan alguna ayuda especial.
- Se adoptará un sistema de registro de los alumnos necesitados de prestaciones educativas especiales en el que no se impondría una denominación de la deficiencia sino una explicación de la prestación requerida (Aguilar, 1991, p. *n.d.*).

Para la década de los 80, la EE trascendía, lo que llevó a que en 1981 la ONU y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), declarara el *Año Internacional de los Impedidos*, bajo el lema: “Participación e igualdad plenas” (SEP, 2010b, p. 120).

Un año después, para el 3 de diciembre de 1982, fue aprobado el *Programa de Acción Mundial para los Impedidos*, con el que se buscó prevenir, rehabilitar y brindar las mismas oportunidades a los sujetos que se consideraban discapacitados. El que llevó a que la UNESCO en 1983 definiera a la EE:

...como una forma de educación destinada a aquellos sujetos que no alcanzan o es improbable que alcance, a través de las acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad, y que tienen por objetivo promover su progreso hacia estos niveles (Como se citó en Sánchez & Torres, 1998, p. 42).

Conjunto de eventos que impulsaron a nivel internacional la idea de que las personas con algún impedimento fueran integradas a los centros educativos regulares, lo que hizo patente la necesidad de formar docentes regulares y de apoyo que pudieran responder a lo planteado en dichos proyectos educativos.

A partir de esto, en diversos países se promovió este nuevo enfoque educativo, el cual se basaba en los derechos humanos, el respeto a la diversidad y la elaboración de apoyos curriculares a los que presentaban algún déficit. Lo que se fundamentó en tratados, leyes, conferencias, reformas y proclamaciones, en las que participaron diversos países.

Poco tiempo después también se hace patente la necesidad de ver por aquellos alumnos que manifestaban un nivel mayor que el resto de los estudiantes y que tenían habilidades o talentos sobresalientes. Es así como en 1986 se implantó en México el *Modelo de Atención a Niños y Jóvenes con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes* (los llamados CAS en ese momento) para alumnos de tercero a sexto grado y tiempo después para alumnos de educación preescolar; dicho enfoque se basó en el *Modelo Trídico de Renzulli*<sup>13</sup> y el de *Talentos Múltiples*<sup>14</sup>, en el “...que conceptualizaba la capacidad sobresaliente como el resultado de la interacción adecuada y en determinadas circunstancias, de tres componentes de la personalidad: habilidades por arriba del promedio, altos niveles de creatividad y compromiso con la tarea” (SEP, 2010b, p. 127).

Para 1987 la ONU hace la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, en la que propone que todos los individuos como las instituciones, deben esforzarse e inspirarse constantemente en ella, para que promuevan, mediante la educación, el respeto a estos derechos y libertades; asegurando su reconocimiento y aplicación universales de manera efectiva, tanto entre los pueblos de los Estados miembros como entre los territorios colocados bajo su jurisdicción. De manera sintética en esta declaración se indica que: es necesario y una obligación de que en todos los países integrantes se reconozca la libertad y la igualdad entre las personas, sin que se les distinga por su “...raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (ONU, 2008, párr. 2). Asimismo resultan significativos algunos otros artículos que dicha declaración implicaron un cambio en la visión de educación y trato a las personas con discapacidad. En éstos se indica:

---

<sup>13</sup> Modelo propuesto por Joseph Renzulli. Éste considera que “...la concepción y lo que define a un individuo superdotado es la posesión de tres conjuntos básicos e ‘inseparables’ de características, estrechamente relacionadas con un igual ‘valor’ en cada una de ellas: 1. Una capacidad intelectual superior a la media [...], 2. Un alto grado de dedicación a las tareas [...] y, 3. Altos niveles de creatividad [...]” (Wisky salud, 2009, párrs. 4-5).

<sup>14</sup> Modelo propuesto por el Dr. Calvin Taylor, el cual fue diseñado con el fin de que los profesores pudieran reconocer y nutrir las habilidades cognitivas en sus alumnos. “Se parte del supuesto de que casi todos los alumnos y alumnas tienen talentos, y que pueden estar por arriba del promedio en al menos una de las áreas intelectuales que se pueden medir” (Covarrubias, *n.d.*, párr. 3). Dicho modelo contempla: planeación, pensamiento productivo, comunicación, predicción y toma de decisiones.

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 10. Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 21.

I. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.

Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23.

I. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

II. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

Artículo 25.

I. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Artículo 26.

I. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

II. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz. (UNESCO, 2008, párrs.9-11, 14-15, 18, 31-33, y 35-38).

En el caso de México, se inicia un proceso de crecimiento de los Servicios de EE, divididos en dos grupos, unos llamados **Indispensables**, correspondientes a los *Centros de Intervención Temprana* (CIT), que atendían a todas las discapacidades y recibían niños que presentaban dificultades en su desarrollo físico, intelectual y emocional, desde el nacimiento hasta los cuatro años; las *Escuelas de Educación Especial* (EEE) que eran centros educativos especializados en la atención de niños con una misma “deficiencia” o “atipicidad” (sensorial, física o intelectual): una escuela por cada discapacidad; y los *Centros de Capacitación de Educación Especial* (CECADEE) que atendían a las personas con deficiencia mental y problemas de audición, capacitando a dichas personas en uno o varios oficios (carpintería, panadería, repostería, cocina, corte de cabello, herrería y costura) para su inserción laboral y productiva. En estos servicios indispensables también se implicaron los llamados *Grupos Integrados “B”*, en los que se empezó a atender a niños con deficiencia mental e hipoacúsicos que estaban en las escuelas primarias regulares.

El otro grupo era los llamados **Complementarios** que correspondían a los *Centros Psicopedagógicos* (CPs), los cuales atendían a los alumnos que presentaban problemas de aprendizaje y lenguaje a nivel preescolar y primaria, en éstos colaboraban profesores especializados, psicólogos, médicos y trabajadores sociales y quienes elaboraban los diagnósticos individual y definían el tratamiento interdisciplinario a los niños con problemas de aprendizaje y de lenguaje. En éstos se implicaron los *Grupos Integrados “A”* quienes tenían que ofrecer atención a los alumnos con dificultades de aprendizaje, asimismo en las escuelas para niños “normales” se abrieron grupos especiales que apoyaban el desarrollo de los niños CAS (SEP, 2010b, pp 145-161).

Esta organización de instituciones para atender a las personas con discapacidad, problemas de aprendizaje y CAS, la podemos ver de manera esquemática en el siguiente cuadro:

Indispensables		Complementarios	
CIT	Todas las discapacidades	<b>CPs</b>	Problemas de aprendizaje y lenguaje
EEE	Deficiencia mental	<b>Grupos Integrados "A"</b>	Problemas de aprendizaje leve
	Trastornos visuales		
	Trastornos auditivos		
CECADEE	Impedimentos neuromotores	<b>CAS</b>	Atención a niños y jóvenes con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes
	Deficiencia mental		
Grupos Integrados "B"	Problemas de audición		
	Problemas de aprendizaje debido a problemas en el desarrollo		

(Cuadro elaborado por la tesista)

En el caso de los CREE en los estados de la República (sin presencia en el DF), mantuvieron su función de rehabilitación de personas ciegas, sordas y deficientes mentales; conjunto de instituciones que estaban integradas por equipos interdisciplinarios bajo una visión médica y pedagógica, en la que se daba una colaboración entre médicos especialistas, terapeutas, psicólogos, maestros de educación especial y trabajadores sociales, quienes realizaban "...la identificación, diagnóstico, tratamiento, orientación, habilitación y rehabilitación física, así como apoyo de [EE]" (SEP, 2010b, p. 156). Además se crearon los *Centros de Orientación, Evaluación y Canalización* (COEC), los cuales se encargaban de la evaluación diagnóstica de los alumnos de primaria para su canalización a los servicios de EE y para ofrecer orientación a los padres de familia; y los CAPEP, que tenían la responsabilidad de proporcionar servicios: "...de evaluación y diagnóstico interdisciplinario a los alumnos de [nivel preescolar que presentaran...] problemas en su adaptación al proceso educativo, así como dar atención psicopedagógica a quienes [mostraran...] dificultades en el aprendizaje, [...] lenguaje o en su desarrollo psicomotriz" (SEP, 2002, p. 22).

Para 1989 se realizó la *Convención sobre los Derechos del Niño*, en la que: “Se establecen los principios de no discriminación y de prevalencia de los derechos de los menores de edad frente a los de los demás. [Dejando claro que su atención y educación es...] responsabilidad del Estado frente a su garantía y tutela” (Pabón, 2001, p. 10). En apoyo a este proceso de transformación instituciones como: el *Fondo de Naciones Unidas para la Infancia* (UNICEF por sus siglas en inglés), el *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD), la ONU y el *Banco Mundial* (BM), impulsaron a nivel mundial un marco donde lo primordial era la “igualdad” de oportunidades y una “Educación para Todos”.

Así, con dichos avances en las políticas educativas internacionales, México se vio en la necesidad de transformar su enfoque educativo respecto a las personas con discapacidad, problemas de aprendizaje y CAS, fundamentándolo, principalmente, en los principios de: “normalización” e “integración”. Entendiendo que el de normalización refiere a: “...la necesidad de que la vida de una persona con deficiencia mental sea lo más parecida posible a la de cualquier ciudadano en cuanto a sus oportunidades y opciones en los distintos ámbitos de la vida (laboral, escolar, social...)” (Baena, 2008, p. *n.d.*). Un principio que:

1. [No sólo se aplica...] a las personas con retraso mental se amplía a cualquier persona (evidentemente aplicable a cualquier persona con discapacidad).
2. No sólo se trata de un resultado [...], o de poner especial énfasis en los medios [...], sino que debemos contemplar conjunta y consecuentemente tanto los medios como los resultados [...].
3. No se trata de un conjunto de actuaciones (aplicables sólo o principalmente al sistema educativo), sino de unos principios rectores dirigidos a todo el sistema de vida, que se refiere tanto al sujeto con discapacidad como a la sociedad en que vive (Rubio, 2009, p. 2).

Principio que sirve de fundamento a la llamada integración, la que consiste en:

...la incorporación, por derecho propio, a un grupo para formar parte de él. Según el caso, ese grupo de referencia puede ser el de alumnos de la misma edad, los trabajadores del mismo sector productivo o el grupo social con el que se relaciona el sujeto (Rubio, 2009, p. 2).



Un proceso de cambio y de re fundamentación del *Subsistema de Educación Especial* (SEE) del país, para que se modificaran sus funciones y la relación con Subsistemas de Educación Regular (SER) que ya estaba integrado por Educación Preescolar, Educación Primaria y Educación Secundaria. Corriente normalizadora en el que las personas con discapacidad debían tener las mismas condiciones que el resto de la sociedad para poder llevar una vida lo más “normal” posible en su entorno social, familiar, escolar y laboral. (García *et al.*, 2000, p. 29). Pues con ésta se:

...aspira a colocar a las personas con discapacidad en condiciones de igualdad al proporcionarles las mismas oportunidades y posibilidades que al resto de los habitantes. Esta igualdad con los demás ciudadanos de cada país es lo que da validez global al principio de normalización.

La normalización depende de los valores dominantes en cada sociedad. [Para ello...] es importante comenzar con el respeto que merece cada niño y cada persona, desarrollando sus posibilidades pero sin exigencias ideales, dando las posibilidades para su realización y el reconocimiento de sus éxitos por pequeños que sean (Sánchez *et al.*, 2000, p. 8).

Una IE en la que el “...alumno con discapacidad [deberían estar...] en la escuela regular [como...] resultado de un largo proceso que comenzó con el reconocimiento del derecho de todo niño a ser escolarizado, independientemente de sus características personales o de sus dificultades de aprendizaje” (Sánchez *et al.*, 2000, p. 9). Enfoque que al poco tiempo impactó a nuestro SEN.

## **1.2. La integración educativa en México**

Es así que el enfoque de la IE se adopta en nuestro país a partir de 1992, sobre todo como producto de la participación que se tuvo en la *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos*, en Jomtien Tailandia, donde: “De manera explícita se llama la atención sobre la necesidad de prestar especial atención a las necesidades básicas de aprendizaje de todas las personas y de garantizar su acceso a la educación como parte integrante del servicio educativo” (Pabón, 2001, p. 10). Lo que llevó a que la IE tuviera como objetivos generales:

- Universalizar el acceso a la educación y fomentar la equidad;
- Prestar atención prioritaria al aprendizaje;
- Ampliar los medios y el alcance de la educación básica;
- Mejorar el ambiente para el aprendizaje;
- Fortalecer concertación de acciones. (OEI, 1990, párr. 24).

Con ésta se pretendía que la Educación Básica fuera accesible para todos los niños puesto que sostenían que la educación era un derecho para todos, lo que implicaba: “...un cambio significativo en el enfoque de la educación como proceso social, como acto político y como derecho de todos los individuos...” (SEP, *n.d.*, p. 15)

Es así que el gobierno mexicano empezó a tomar acciones encaminadas a realizar los cambios que fueran necesarios para modificar el enfoque asistencial y terapéutico de la EE por el de la IE, en la que se tenía como objetivo principal brindar educación a las personas con NEE en centros educativos regulares, sin la intención de cancelar los servicios de EE, sino de brindar una serie de opciones graduales que garantizaran el acceso a todos a una educación regular de calidad y a la vida laboral y social.

Al respecto del proceso seguido para modificar el enfoque de la EE al de la IE Escalante<sup>15</sup> indica: para inicios de 1993 “...ya se había establecido en México está propuesta de la IE, es decir, la DGEE había reorientado los servicios y de acuerdo a una serie de lineamientos que se generaban principalmente en la UNESCO, empezó propiamente la IE en México, pero de manera muy incipiente, muy poco clara. Entonces, no fue muy bien recibido, costó mucho trabajo y sobre todo no había una propuesta de trabajo bien establecida, [sólo se propuso que desde ese momento] los niños con discapacidad entraran a las escuelas comunes [teniendo] el apoyo de la gente de EE, se crearon las USAER, a CAPEP le dieron una reorientación hacia la Integración. No había una propuesta de formación o de actualización, fue bastante improvisado el asunto. Independientemente, la

---

<sup>15</sup> El Mtro. Escalante es catedrático de la *Universidad Pedagógica Nacional* Unidad Ajusco y fue uno de los responsables de elaborar la propuesta institucional de cambio de la EE al programa de IE en nuestro país.

*propuesta estaba bien porque era un proceso que ya tenía varios años de estarse impulsando, pero cuando se echa a andar en México se [hace...] de manera muy precipitada. Entonces, desde la SEP, particularmente la Subsecretaría de Educación Básica convocó a realizar, primero, una investigación para saber qué estaba pasando, y de ahí yo [el Mtro. Escalante] junto con Ismael García en la investigación de los problemas respecto a la IE (Plática informal, 11/11/13). Así, las condiciones iniciales eran:*

- No se tenía la claridad suficiente para determinar los procedimientos más adecuados con base en un plan definido.
- No se contaba con los elementos conceptuales y metodológicos que permitieran dimensionar la propuesta de integración, así como contar con estrategias de trabajo para desarrollar en las aulas y atender las necesidades educativas de los alumnos.
- No existía una coordinación adecuada entre el sistema de educación especial y el de educación regular para tomar decisiones.
- El personal de educación especial no había recibido una orientación suficiente para manejar conceptualmente la integración educativa, disponer de un programa operativo y acercarse a la educación regular.
- En el mejor de los casos se disponía de un programa poco ambicioso, poco articulado, sin propiciar las condiciones para que todos los maestros y maestras de educación especial y regular contaran con una información clara sobre la estrategia de desarrollo.
- Los profesionales de educación especial, temerosos no de la integración en sí, sino de los cambios laborales que ésta podría implicarles, se opusieron a la reorientación de los servicios.
- La integración se consideraba como una responsabilidad de la educación especial, no del sistema de educación regular.
- En las escuelas prevalecía la idea de que los alumnos se integraban a las aulas, pero la atención de sus necesidades correspondía al personal de educación especial.
- En el ámbito escolar, prevalecía una concepción y práctica educativa poco flexible para dar respuesta a las necesidades educativas de los alumnos.
- No existía un sistema de evaluación y seguimiento de las experiencias de integración. (Escalante, 2013, pp. 11-13).

*Un estudio que se realizó en diferentes estados. Luego, la SEP sacó una convocatoria para llevar a cabo un Programa Nacional, que tuviera la posibilidad de generar una propuesta de trabajo porque era un desorden, y ahí es donde surge este Proyecto de Investigación e Intervención, es decir, se desarrolla el Proyecto de Investigación e Innovación Integración Educativa, que ganamos yo [el Mtro. Iván] con Ismael García y un equipo de trabajo, que contó con el financiamiento de la SEP y el Fondo Mixto de Cooperación Técnica y Científica México-España, entonces la idea era echar a andar dicho proyecto en 28 estados de la República. [Se pretendía...] aportar los elementos teóricos y prácticos,*

*mediante un programa permanente de actualización, para ayudar a los maestros y al personal de educación especial a subsanar los requerimientos de la práctica educativa para la atención de los niños integrados en las escuelas regulares. La idea no sólo era trabajar con el personal de EE sino también con directivos, maestros de escuelas regulares, personal de educación especial, y los padres de familia. Implicaba también evaluar a los niños y niñas con necesidades educativas especiales, pero lo más importante era hacer el seguimiento de la experiencia. (Plática informal, 11/11/13). El reto era:*

- “• Generar una propuesta de trabajo
- Ponerla en práctica
- Realizar una labor de evaluación y seguimiento de la propuesta
- Mejorar la propuesta” (Escalante, 2013, p. 14).

Buscando que quedará claro de qué trataba la IE, es decir:

- Los elementos conceptuales y metodológicos que sustentan la integración educativa.
- La generación de condiciones distintas del trabajo escolar para la atención de las necesidades educativas especiales.
- Trabajar procesos de intervención específico.
- La relación entre el personal de educación especial y educación regular.
- Llevar a cabo un programa de actualización del personal de educación especial y regular.
- Asesoramiento sobre el desarrollo de la estrategia de integración en las
- escuelas.
- El seguimiento de las experticias de integración (Escalante, 2013, p. 15).

*Se comenzó con pocas escuelas y en tres estados: Colima, Tabasco y San Luis Potosí. Primero se trabajaba con el personal de EE y posteriormente en las escuelas. La idea era consolidar y después ir creciendo como una red. Con la estrategia de:*

- Crecimiento paulatino
- Conformación y formación de equipos locales en cada estado
- Selección de escuelas
- Sensibilización e información sobre el programa de integración (porque había escuelas que no permitían el acceso).
- Programa de actualización

- Seguimiento y asesoría a personal de educación especial y educación regular (Escalante, 2013, p. 16).

*Posteriormente se realizaron diversas actividades como el diseño del material de estudio, la realización de módulos para dicho programa de actualización, videos, publicación de libros, estrategias de trabajo con los niños, con la finalidad de que quedara clara la idea de IE. Cabe mencionar que dicho programa hasta cierta parte era tipo experimental. Ya para la presidencia de Fox se pretendía la masificación de tal Programa y la opinión del equipo era negativa porque tenía que ser con cuidado y un proceso lento, por lo tanto, decidí no participar (Plática informal, 11/11/13).*

Es así que la responsable de coordinar este cambio fue la DGEE, realizando en 1991 un proyecto de transformación hacia la IE, basado en cuatro modalidades de “atención” para niños con NEE, las cuales se caracterizaron por ofrecer:

- “• Atención en el aula regular;
- Atención en grupos especiales dentro de la escuela regular;
- Atención en centros de EE; y
- Atención en situaciones de internamiento” (SEP, 2003, p. 33).

Sin embargo, dicho oferta de atención se concretó a partir del 18 de mayo de 1992, con la firma del *Acuerdo para la Modernización de la Educación Básica* (ANMEB) que oficialmente da inicio a la IE como enfoque de nuestro SEN. Acuerdo que fue firmado por: el Gobierno Federal, los gobiernos de cada estado de la república y por el *Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación* (SNTE). En el que se indica que:

El gobierno federal, los gobiernos estatales, el magisterio nacional y la sociedad se proponen transformar el sistema de educación básica –preescolar, primaria y secundaria- con el propósito de asegurar a los niños y jóvenes una educación que los forme como ciudadanos de una comunidad democrática, que les proporcione conocimientos y capacidad para elevar la productividad nacional, que ensanche las oportunidades de movilidad social y promoción económica de los individuos, y que, en

general, eleve los niveles de calidad de vida de los educandos y de la sociedad en su conjunto (SEP, 1992, p. 4).

Se trató de un acuerdo en el que el Gobierno Federal descentralizó la Educación Básica y las escuelas normales que había en cada una de las entidades del país, lo que llevó a que se transfirieran a cada una de éstas: "...los inmuebles escolares y de oficinas, el mobiliario, el personal docente, administrativo y de servicios, y los recursos financieros [para que pasaran...] al control de los gobiernos estatales, incluyendo las unidades estatales de la Universidad Pedagógica Nacional" (Arnaut, 1998, pp. 277-278).

En ese momento 26 estados crearon los organismos descentralizados que se requerían para hacerse cargo del control del personal, el manejo del presupuesto y el control de los inmuebles; y los cinco estados restantes absorbieron directamente las oficinas que la SEP tenía en sus entidades. (Arnaut, 1998, p. 279). Situación que queda ratificada en el artículo 30 de la *Ley General de Educación*, donde se precisa que:

Las instituciones educativas establecidas en el Estado, por sus organismos descentralizados y por los particulares con autorización por él o con reconocimiento de validez oficial de estudios, otorgarán a las autoridades educativas todas las facilidades y colaboración para la evaluación a que esta sección se refiere (Cámara de Diputados de H. Congreso de la Unión, 2013, p. 15).

Una descentralización que a nivel nacional se vio acompañada por una ampliación de la Educación Básica, ya que ahora incluía la Educación Preescolar, la Educación Secundaria y todo el sistema de EE, pues:

Al mismo tiempo, las nuevas normas reservaban a los gobiernos de los estados y de los ayuntamientos -con excepción del Distrito Federal- la facultad exclusiva de impartir la educación preescolar, primaria y secundaria dentro de sus respectivas jurisdicciones. De este modo la federalización educativa quedaba con una base jurídica mucho más firme en sus dos principales frentes: en el de la descentralización, quedaba la prestación directa de los servicios de educación básica y normal, como una facultad exclusiva de los estados y municipios; y en el de la integración, el gobierno federal consolidaba sus facultades exclusivas en los aspectos normativos del sistema educativo nacional (Arnaut, 1998, p. 280).

Sin embargo, como indica Arnaut, en el DF esto no se dio, con el argumento de que no era otra entidad federativa, lo que llevó a que la SEP creara una estructura federal para seguir regulando el sistema educativo del DF.<sup>16</sup> Para ello, la SEP federal desapareció la *Subsecretaría de Educación Elemental* (SEE) y la *Subsecretaría de Educación Media* (SEM) y creó las *Subsecretarías de Educación Básica y Normal* (SEByN) y la *Coordinación General de Servicios Educativos para el Distrito Federal*<sup>17</sup>, la primera para que se hiciera cargo: de las funciones normativas a nivel nacional; de definir planes y programas de estudio para la educación preescolar, educación primaria, educación secundaria y educación normal y de "...organizar la elaboración de los nuevos libros de texto gratuito y velar por su actualización permanente, diseñar, realizar, promover y autorizar el uso de material didáctico, coordinar los programas de formación, actualización y capacitación del magisterio" (OEI, 1994, pp. 5-6).

Por su parte la *Coordinación General de Servicios Educativos para el Distrito Federal* tenía la responsabilidad de administrar los servicios de Educación Básica y Educación Normal en el DF, quedando éstos bajo el control total del gobierno federal. De esa manera, los servicios de Educación Inicial, Educación Preescolar, Educación Primaria, Educación Secundaria y Educación Normal pasaron a depender de una misma subsecretaría. Así la *Coordinación General de Servicios Educativos para el Distrito Federal* se integró con seis direcciones generales: de Planeación, de Operación, de Administración, de Educación Normal, de Extensión Educativa y Servicios Educativos de Iztapalapa. Posteriormente, se creó la

---

<sup>16</sup> Al respecto Didriksson & Ulloa indican: "...en la víspera de la federalización educativa de 1992 el gobierno de la capital de la república comenzó a vivir una serie de transformaciones de su régimen constitucional, político y administrativo que han significado una transformación del Gobierno del Distrito Federal, desde su antigua condición de una dependencia del Ejecutivo Federal hacía lo que debería ser un estado, con el mismo estatus constitucional y político que el resto de los estados de la república. Sin embargo, hasta hoy el Gobierno del Distrito Federal conserva un estatuto constitucional híbrido, entre lo que sería un estado, con plenos derechos, y los rasgos de la antigua dependencia del Ejecutivo Federal, que fue durante más de un siglo. Esta situación impone al Gobierno del Distrito Federal una serie de severas limitaciones en diversos campos: en materia presupuestal, en las atribuciones de la Asamblea Legislativa, en los gobiernos locales, en la designación de algunas de las autoridades (y en la administración de los servicios educativos)" (Como se citó en Arnaut, 2008, pp. 146-147).

<sup>17</sup> Ya para "...el 26 de marzo de 1994 se publicaron modificaciones al Reglamento Interior de la SEP, donde cambió la denominación de la Coordinación General por la de Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal (SSEDF). El 1 de enero de 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un nuevo cambio en el Reglamento Interno de la SEP y se decretó la creación de la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal (AFSEDF) como un órgano desconcentrado de la SEP con autonomía técnica y de gestión y que absorbió la funciones de la Subsecretaría" (SEP, 2012a, párr. 7).

*Dirección General de Educación Física*, de esa manera, la administración educativa federal comenzó a operar en el DF.<sup>18</sup>

Con todo esto se da inicio a un nuevo estilo educativo, con fundamento en nuevas políticas para la educación que se ofrece en el país, a partir de tres estrategias básicas:

- “• Reorganización del sistema educativo;
- Reformulación de contenidos y materiales educativos; y
- Revaloración de la función magisterial” (SEP, 2010b, p. 180).

Un cambio de enfoque educativo que incidió en la transformación de los servicios de educación regular y los de EE en México y que propiamente da inicio oficialmente en 1993, con la modificación del marco legal en el que se sustenta a la educación del país. Entre dichas modificaciones está la que se hizo al artículo 3º constitucional, en el que se indica:

Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado –Federación, Estados, Distrito Federal y Municipios–, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; ésta y la media superior serán obligatorias (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2012, p. 4).

Así mismo se establece en el artículo 41 de la *Ley General de Educación*, que todo niño independientemente de sus condiciones y características debe ser integrado a las escuelas regulares. De ahí que:

La educación especial [estará...] destinada a personas con discapacidad, transitoria o definitiva, así como a aquellas con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género. Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración,

---

<sup>18</sup> “La Dirección de Educación Especial, es una unidad administrativa de la Dirección General de Operación de Servicios Educativos que pertenece a la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal de la Secretaría de Educación Pública, y participa desde su quehacer en la responsabilidad colectiva para coadyuvar al cumplimiento de las metas y objetivos que se plantean como parte de la política nacional” (SEP, 2013a, párr. 1).



esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2012, p. 14).

Con el reordenamiento de la SEP y con el avance de la descentralización, la DGEE desaparece para 1994 y se crea la *Dirección de Educación Especial (DEE)*, dependiente de la *Dirección General de Operación de Servicios Educativos en el DF*<sup>19</sup>. Asimismo, la DEE toma la responsabilidad de coordinar las instituciones responsables de apoyar la IE en los centros escolares regulares del DF, de tal manera que ésta no dejó de ser "...promotora e impulsora de iniciativas con impacto nacional, al tiempo que diversificó sus estrategias -asesoría, materiales, conferencias, orientaciones, entre otros- para coadyuvar en la implantación de la [IE] en los diferentes estados de la República" (SEP, 2010b, p. 184).

Con base en la nueva filosofía de IE, la DEE siguió coordinado los apoyos para la Educación Primaria, Educación Secundaria y para la Integración Laboral, mientras que en Educación Preescolar mantuvo su autonomía. Se trataba de un "...conjunto de instancias técnico operativas de la [DEE, que estaban integradas por]: una Oficina Central, las cinco Coordinaciones Regionales, las 67 Zonas de Supervisión, los 80 [CAM] y las 357 [USAER]..." (SEP, 2013a, párr. 3) Tal reestructuración se dio de la siguiente manera:

- Los servicios complementarios se transformaron en USAER con la finalidad de promover la IE de los niños con NEE con o sin discapacidad y para alumnos CAS a las escuelas regulares, esto para: "...proporciona apoyos técnicos, metodológicos y conceptuales en escuelas de educación básica mediante el trabajo de un colectivo interdisciplinario de profesionales" (SEP-DEE, 2011, p.

---

<sup>19</sup> "LA DIRECCIÓN GENERAL DE OPERACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS organiza, opera, supervisa y evalúa los servicios de educación inicial, especial, preescolar, primaria, secundaria y adultos en 15 delegaciones del Distrito Federal. [Algunas] funciones que cumple están: Organizar, operar, desarrollar, supervisar y evaluar los servicios de educación inicial y básica, en todas sus modalidades, incluyendo la indígena-especial, en el ámbito del Distrito Federal, excepto en la Delegación Iztapalapa, de conformidad con las disposiciones legales y normas pedagógicas, así como con los lineamientos técnicos y administrativos establecidos. Promover y apoyar la participación del personal docente y directivo, así como la de los padres de familia y comunidad escolar en general en los planteles de educación inicial y básica en todas sus modalidades, incluyendo la indígena y especial, a fin de propiciar la participación social en los servicios educativos de su competencia..." (SEP, 2012b, párrs. 1-2).

127). Colectivo que debería de estar conformado por un director, un maestro de apoyo, un psicólogo, un trabajador social y un maestro de lenguaje. De ahí que:

Su razón de ser y su quehacer [consistían] en garantizar, [...], el derecho de todos los [alumnos] a recibir una educación de calidad, prestando especial atención a la población con discapacidad y a aquéllos en riesgo de ser excluidos, marginados o de abandonar su proceso de escolarización, por falta de adecuación de los contextos a sus necesidades de aprendizaje (SEP, 2013b, párr. 8).

- Mientras que los servicios indispensables de EE se transformaron en CAM con la finalidad de ofrecer atención educativa escolarizada inicial y básica a niños y jóvenes con discapacidad múltiple o graves, lo que impedía que fueran integrados a las escuelas regulares. Servicio educativo dirigido a: “[Estudiantes...] con discapacidad intelectual, visual (ceguera, baja visión), auditiva (sordera, hipoacusia) o motriz, discapacidad múltiple o trastornos graves del desarrollo que enfrentan, [NEE] por lo cual necesitan de recursos especializados de manera temporal o permanente” (SEP-DEE, 2011, p. 88). Asimismo, “... se consideran como sujetos beneficiarios del servicio, a las familias [...], así como al personal de educación regular y especial que reciben orientaciones, asesoría o participan en los talleres y las conferencias presentadas en este espacio educativo” (SEP, 2013b, párr. 15). Además se contaba y se cuenta, con los CAM laborales, cuya función es apoyar la formación e integración laboral de los jóvenes de 15 a 22 años que presentan alguna discapacidad permanente o transitoria. Un tipo de formación para su vida, para su desarrollo integral, para su autonomía y para la construcción de un proyecto de vida y trabajo.
- Otro organismo que contribuyó a esta nueva visión de IE, pero que no corresponden a la DEE, son los CAPEP, cuya finalidad era y es brindar servicios de apoyo a la IE a la Educación Preescolar. Esto, a través de evaluación y diagnóstico interdisciplinario a los alumnos con discapacidad, que presentan dificultades de lenguaje o en el desarrollo motriz, así como en problemas de aprendizaje y familiares que les impedía realizar las actividades establecidas en los planes y programas de estudio.

- De igual manera, las UOP estaban dirigidas a brindar orientación e información a las familias y profesores de las escuelas regulares sobre la IE. Un servicio de asesoría y capacitación para el personal docente y a las familias sobre las estrategias de atención hacia los alumnos con NEE con o sin discapacidad y para los alumnos CAS, con la finalidad de favorecer su integración escolar, social y laboral.
- Y los *Centros de Recursos e Información para la Integración Educativa* (CRIE), los cuales son servicios de EE que también se encargan de informar, orientar, capacitar y facilitar recursos didácticos para el personal de educación inicial y básica y a las familias con el fin de favorecer la IE de los alumnos con NEE con o sin discapacidad y para los que presentan CAS.

Ya para 1994 México participa en la *Conferencia Mundial sobre las Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad*, que derivó en la llamada *Declaración de Salamanca*, en la que se ratificó e impulsó la IE, a la vez que se plantea: “...un marco de acción específico con recomendaciones puntuales para el *Modelo de integración de los niños con necesidades educativas especiales*, los cuales funcionaron como guía para las organizaciones y gobiernos comprometidos...” (SEP, 2010b, p. 175). Además se plantea que es necesario impulsar y fortalecer la construcción de una sociedad integradora que promueva una “Educación para Todos”, independientemente de los factores que deriven en las NEE de los educandos. Lo que queda plasmado en los siguientes supuestos:

- Todos los niños de ambos sexos tienen un derecho fundamental a la educación y debe dárseles la oportunidad de alcanzar y mantener un nivel aceptable de conocimientos,
- Cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que le son propios,
- Los sistemas educativos deben ser diseñados y los programas aplicados de modo que tengan en cuenta toda la gama de esas diferentes características y necesidades,
- Las personas con necesidades educativas especiales deben tener acceso a las escuelas ordinarias, que deberán integrarlos en una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer esas necesidades,
- Las escuelas ordinarias con esta orientación integradora representan el medio más eficaz para combatir las actitudes discriminatorias, crear comunidades de acogida, construir una sociedad integradora y lograr la educación para todos; además,

proporcionan una educación efectiva a la mayoría de los niños y mejoran la eficiencia y, en definitiva, la relación costo-eficacia de todo el sistema educativo (UNESCO, 1994, pp. 8-9).

Concepto de NEE que se difunde a nivel mundial a partir de dicha Declaración, con la finalidad de referirse a los: "...niños que se ven privados de la posibilidad de aprender y de obtener los conocimientos y las aptitudes a los que tienen derecho" (UNESCO, 1994, p. 15). Por su parte, Marchesi & Martín indican que al "...hablar de NEE se hace referencia a algún problema de aprendizaje a lo largo de la escolarización que demanda una atención más específica y la necesidad de mayores recursos educativos" (Como se citó en González, 1995, p. 9).

Asimismo, para Puigdemívol las NEE son: "...aquellas que requieren del uso de medios complementarios, en caso incluso suplementarios, a los habituales en la escuela, para que el alumnado que las presente pueda desarrollarse y acceder al currículum ordinario, con adecuaciones o excepcionalmente especiales" (1999, p. 135).

Sin embargo, algunos autores refutan que las NEE no son exclusivas del alumno sino que el contexto educativo y la familia también son parte de éstas. Es así que para García *et al.*: "...las NEE pueden estar asociadas a tres factores, el ambiente social y familiar en el que se desenvuelve el niño, el ambiente escolar en el que se educa al niño, y [...sus] condiciones individuales..." (2000, p. 52). NEE que "...surgen de la dinámica que se establece entre el sujeto y su entorno, [...así que] la respuesta a las necesidades no sólo depende del sujeto [sino también] de la acción educativa que se asuma" (García *et al.*, 2000, p. 50).

De ahí que estas necesidades son:

- Relativas: pues dependen del nivel de competencia curricular de los compañeros y los recursos disponibles en la escuela, por lo que cualquier niño puede llegar a tener [NEE] y no sólo aquél con discapacidad.
- Interactivas: pues dependen de la relación establecida entre el niño y su entorno.

- Temporales o permanentes: por lo que si un alumno tiene dificultades serias para acceder al currículo, puede requerir apoyos durante un tiempo o durante todo su proceso de escolarización (SEP, 2010b, p. 199).

De 1995 al 2000, por recomendación de la ONU, en el país se formuló el *Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad*, con la finalidad de garantizar una integración digna para toda persona que tenga o no discapacidad y para promover su integración social y laboral en búsqueda de un desarrollo pleno y con respeto a sus derechos humanos, sociales y políticos. Lo que implicó contar con las mismas oportunidades de salud, educación y cultura. Un programa que:

...comprendió también la difusión de la nueva cultura de la integración basada en el respeto y la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores y la unidad de la familia (SEP, 2010b, p. 185).

Para el 2000 surge el *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de Integración Educativa*, en el que se estableció la visión y misión de los servicios de EE, como los servicios educativos orientados a:

...favorecer el acceso y permanencia y el egreso en el sistema educativo de los niños, niñas y jóvenes que presentan [NEE], otorgando prioridad a aquellos con discapacidad, proporcionando los apoyos indispensables dentro de un marco de equidad, permanencia y calidad, que les permita desarrollar sus capacidades al máximo e integrarse educativa, social y laboralmente (SEP, 2002, p. 27).

Con ello, la IE se definió como: "...el acceso al que tienen derecho todos los menores al currículo básico y a la satisfacción de las necesidades básicas del aprendizaje" (SEP, 2010b, p. 186). Por lo que, la IE se implementó de dos maneras: una en donde los niños con NEE podían ingresar a la Educación Básica regular de manera directa, contando con el apoyo de las USAER y otra partiendo de los servicios de EE, específicamente los CAM, para posteriormente integrarse a la Educación Básica regular (Guajardo, 2009, p. 15). Para ello la IE se fundamentó en cuatro principios, los cuales son: el de *normalización*, el de *sectorización*, el de

*integración* y el de *individualización de la enseñanza*. Cada uno de estos principios sirve de orientación y refieren a:

*Normalización*: [...] implica proporcionar a las personas con discapacidad los servicios de habilitación o rehabilitación y las ayudas técnicas para que alcancen tres metas esenciales:

1. Una buena calidad de vida.
2. El disfrute de sus derechos humanos.
3. La oportunidad de desarrollar sus capacidades.

*Integración*: [...] consiste en que las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de su comunidad. Se busca su participación en todos los ámbitos (familiar, social, escolar, laboral) y por tanto la eliminación de la marginación y la segregación.

*Sectorización*: [...] implica que todos los niños puedan ser educados y recibir los servicios de apoyo necesarios cerca del lugar donde viven. Para ello es necesario descentralizar los servicios educativos. De esta forma, el traslado del niño a la escuela no representará un gasto oneroso para la familia, y al mismo tiempo beneficiará su socialización [...]

*Individualización de la enseñanza*: [...] se refiere a la necesidad de adaptar la enseñanza a las necesidades y peculiaridades de cada alumno y alumna, mediante adecuaciones curriculares. Se fundamenta en el reconocimiento de que en el aula no debe existir una respuesta educativa única, ya que el grupo es un conjunto heterogéneo y diverso de alumnos en cuanto a intereses, forma de aprender y manera de actuar.

[...] los alumnos con [NEE] deben ser educados cerca de sus casas, en un ambiente lo más normal posible, con las adaptaciones necesarias para que puedan acceder a todas las experiencias educativas y, de esta manera, integrarse a la sociedad en todos los ámbitos (García *et al.*, 2000, pp. 43-45).

Así, la IE se orientó a vincular el trabajo de la EE con la educación regular, para apoyar el trabajo de los profesores regulares que tenían que dar respuesta a las NEE de todo niño tuviera o no discapacidad y de esta manera impulsar una educación sin discriminación y para todos. Por lo tanto, la educación de estudiantes con alguna discapacidad en la escuela regular, pasó a ser:

...el resultado de un largo proceso que comenzó con el reconocimiento del derecho de todo niño a ser escolarizado, independientemente de sus características personales o de sus dificultades de aprendizaje. [...] se refiere a la tendencia a incorporar en la escuela regular a aquellos estudiantes con discapacidades leves o moderadas (Sánchez *et al.*, 2000, p. 9).

Entonces, la IE se puede definir como un proceso social y educativo en el cual se impulsó un trabajo de colaboración de los agentes implicados (profesores de educación regular y docentes de EE) quienes deberían y deben ofrecer diversos

servicios a los alumnos con NEE para impulsar sus aprendizajes, teniendo en cuenta que la educación es un derecho para todos, por lo que dicha educación debía ser impartida en las escuelas regulares, elaborando *adaptaciones curriculares* que permitían dar respuesta a las NEE de todo niño. Transformación que implicó: “...un cambio de pensamiento trascendental en el campo de la educación internacional, toda vez que se abandonó la idea de integración y el concepto de **necesidades educativas especiales** para avanzar hacia la inclusión y el concepto de sujetos que enfrentan **barreras para el aprendizaje y la participación**” (SEP-DEE, 2011, p. 27).

...modificaciones legislativas, apoyo de las autoridades educativas, cambios en la organización de los centros escolares y en las actitudes de todos los implicados (directivos, maestros, padres de familia y, en algunas ocasiones, de los mismos niños), transformación de los procesos de enseñanza y de aprendizaje, evolución en las prácticas de evaluación (García *et al.*, 2000, p. 41).

Hechos que proporcionaron una visión diferente respecto de la educación para las personas con discapacidad, problemas de aprendizaje y CAS; pero que de algún modo no fue del todo lo fructífero como se esperaba, ya que muchos niños integrados a las escuelas regulares seguían siendo excluidos, lo que derivó en una serie de crítica a finales de la década de los 90.

### **1.3. Cambio de enfoque: de la Integración Educativa a la Educación Inclusiva en México**

Es así que las “deficiencias” que se identificaron en la IE, llevaron a plantear que ésta tenía como limitación el que las personas integradas a las aulas regulares no necesariamente eran incluidas en las actividades escolares que en éstas se realizaban. Asimismo, se le criticó el emplear el concepto de NEE, ya que se constituye en una forma de etiquetación y por consiguiente de segregación. Por lo tanto se modificó el enfoque de la IE por el de EI. En donde “

En la EI: “...no sólo [se...] pretende que los niños se incorporen a las escuelas regulares [sino que] participen y permanezcan plenamente a su escuela con el compromiso y la aceptación por parte de la comunidad escolar” (Zacarías, Peña de la & Saad, 2009, p. 37).

El cambio de enfoque hacia la EI se inició en el año 2000 con la presentación de la *Guía para la Evaluación y Mejora de la Educación Inclusiva* (más conocida como *INDEX for Inclusion*) de Tony Booth y Mel Ainscow. Documento que se orientó a: “...generar cambios en la cultura y en los valores que posibiliten a los docentes y al alumnado adoptar prácticas inclusivas que van más allá de cualquier prioridad particular identificada” (2000, p. 15).

Para ello se buscó responder a tres dimensiones que serían la condición de cambio dentro de los centros educativos, dichas dimensiones son:

**...A: Crear CULTURAS inclusivas.** Esta dimensión está orientada hacia la creación de una comunidad escolar segura, acogedora, colaboradora y estimulante en la que cada uno es valorado, como el fundamento primordial para que todo el alumnado tenga mayores niveles de logro. Pretende desarrollar valores inclusivos, compartidos por todo el profesorado, los estudiantes, los miembros del consejo escolar y las familias, de forma que se transmitan a todos los nuevos miembros de la comunidad escolar. Los principios que se derivan de esta cultura escolar son los que guían las decisiones que se concretan en las políticas escolares de cada centro y en el quehacer diario, y de esta forma el aprendizaje de todos encuentra apoyo en el proceso continuo de innovación educativa.

**...B: Elaborar POLÍTICAS inclusivas.** Esta dimensión pretende asegurar que la inclusión esté en el corazón del proceso de innovación, empapando todas las políticas, para que mejore el aprendizaje y la participación de todos los estudiantes. En este contexto se considera que “apoyo” son todas aquellas actividades que aumentan la capacidad de un centro educativo para atender a la diversidad del alumnado. Todas las modalidades de apoyo se reúnen dentro de un único marco y se perciben desde la perspectiva del desarrollo de los alumnos, más que desde la perspectiva del centro o de las estructuras administrativas.

**...C: Desarrollar PRÁCTICAS inclusivas.** Esta dimensión pretende que las prácticas de los centros reflejen la cultura y las políticas inclusivas. Intenta asegurar que las actividades en el aula y las actividades extraescolares motiven la participación de todo el alumnado y tengan en cuenta el conocimiento y la experiencia de los estudiantes fuera del entorno escolar. La docencia y los apoyos se integran para orquestar el aprendizaje de forma que se superen las barreras para el aprendizaje y la participación. El profesorado moviliza recursos del centro educativo y de las comunidades locales para mantener el aprendizaje activo de todos (Booth & Ainscow, 2000, p. 16).



Para dichos autores la inclusión implica un proceso sin fin, por lo que se requiere del compromiso de autocrítica de los centros educativos con respecto a la mejora en el aprendizaje y la participación de los alumnos. Para ello resulta fundamental el sustituir el término de NEE por el de BAyP, ya que el concepto de NEE acaba por ser una forma de etiquetación de los niños, cuando en realidad las dificultades para la integración e inclusión educativa de éstos, tengan o no alguna discapacidad o problemas de aprendizaje, es producto del contexto escolar y no de los educandos. Así, las BAyP se refieren a:

...aquello que dificulta o limita el acceso a la educación o al desarrollo educativo del alumnado, [surgen] de la interacción con las personas, las instituciones, las políticas, las circunstancias sociales y económicas; es decir, son obstáculos que impiden a cualquier estudiante, [...] con discapacidad, participar plenamente y acceder al aprendizaje en un centro educativo (SEP, 2010c, p.20).

Por ello, las BAyP no dependen del sujeto sino de eliminar en el contexto escolar dichas barreras (escuela, profesores, padres de familia, comunidad escolar y sociedad en general) y el ofrecer los apoyos que cada uno de los educandos requiere para favorecer el proceso de formación de todos y cada uno de los educandos. De acuerdo con la SEP, éstas pueden ser:

...físicas (carencia de accesibilidad a la información y en las instalaciones de la escuela: entrada, salones, baños, laboratorios, áreas comunes, entre otras), actitudinales o sociales (prejuicios, sobreprotección, ignorancia, discriminación, [...]) o curriculares (metodologías y formas de evaluación rígidas y poco adaptables) (2010c, p. 20).

De ahí que una EI: "...implica identificar y minimizar las [BAyP] y maximizar los recursos que apoyen ambos procesos" (Booth & Ainscow, 2000, p. 22), algo que no se pudo resolver con la IE. De hecho se puede decir que los propósitos de la IE y EI son similares, aunque sus alcances son diferentes, ya que la integración implicó que los alumnos con NEE pudieran acceder a las escuelas regulares, mientras que para la inclusión no bastó con el acceder a las escuelas regulares; sino que se planteó el reflexionar sobre la necesidad de que todo alumno participó en las actividades escolares, lo que implicaba minimizar o eliminar dichas BAyP. Es decir, "...la integración [implicó...] modificar las condiciones y

funcionamiento de la escuela común, pero el énfasis [estuvo...] más en lo primero que en lo segundo<sup>20</sup> (Guijarro, 1999, p. 9). Mientras que en la EI se buscó lograr el que:

...todos los niños de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de sus condiciones, personales, sociales o culturales. Se trata de lograr una escuela en la que no existan 'requisitos de entrada' ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo; una escuela que modifique substancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica para dar respuesta a las necesidades educativas de todos y cada uno de los niños y niñas, incluidos aquellos que presentan una discapacidad (Guijarro, 1999, pp. 9-10).

Sin embargo, hay que reconocer que gran parte del debate entre la IE y EI se ha dado en términos conceptuales, pues:

...en la experiencia mexicana [los conceptos de IE y EI] si bien existen matices conceptuales sobre los objetivos finales, en cuanto a principios y estrategias no se encuentran diferencias significativas, sobre todo en la práctica de intervención en las escuelas comunes donde se han integrado a niños con [NEE], asociadas o no a una determinada discapacidad (Escalante, 2010, párr. 4).

A pesar de que lo antes indicado representa una gran verdad del contexto educativo mexicano, autores como Arnaiz y Moriña sostienen que existen grandes diferencias entre ambos enfoques (Como se citó en Alemañ, 2009), planteamiento que se sintetiza en el siguiente cuadro:

---

<sup>20</sup> Como indica Guijarro: "Con gran frecuencia la integración ha implicado trasladar el enfoque educativo individualizado y rehabilitador, propio de la educación especial, al contexto de la escuela regular, de tal forma que en muchos casos no se ha modificado la práctica educativa de las escuelas, y sólo se ha ajustado la enseñanza y prestado apoyo específico a los niños 'etiquetados como de integración'..." (1999, p. 9).

## CUADRO 1

ESCUELA INTEGRADORA	ESCUELA INCLUSIVA
Centrada en el diagnóstico	Centrada en la resolución de problemas de colaboración.
Dirigida a la: Educación especial (alumnos con n.e.e.)	Dirigida a la: Educación en general (todos los alumnos)
Basada en principios de igualdad y competición	Basada en principios de equidad, cooperación y solidaridad (valoración de las diferencias como oportunidad de enriquecimiento de la sociedad)
La inserción es parcial y condicionada	La inserción es total e incondicional
Exige transformaciones superficiales.	Exige rupturas en los sistemas (transformaciones profundas)
Se centra en el alumno (se ubica al alumno en programas específicos)	Se centra en el aula (apoyo en el aula ordinaria).
Tiende a disfrazar las limitaciones para aumentar la posibilidad de inserción.	No disfraza las limitaciones, porque ellas son reales.

(Alemañy, 2009, párr. 11)

Se trata de una problemática que de acuerdo con Booth & Ainscow se hace manifiesta debido a la idea que prevalece en la IE y que sólo se puede resolver a partir de que se dé un cambio hacia la EI, en donde se:

- ...implica procesos para aumentar la participación de los estudiantes y la reducción de su exclusión, en la cultura, los currículos y las comunidades de las escuelas locales.
- [...] implica reestructurar la cultura, las políticas y las prácticas de los centros educativos para que puedan atender a la diversidad del alumnado de su localidad.
- [...] refiere al aprendizaje y la participación de todos los estudiantes vulnerables de ser sujetos de exclusión, no sólo aquellos con deficiencias o etiquetados como 'con Necesidades Educativas Especiales'.
- [...] refiere a la mejora de las escuelas tanto para el personal docente como para el alumnado.
- [Da una clara...] preocupación por superar las barreras para el acceso y la participación de un alumno en particular puede servir para revelar las limitaciones más generales del centro a la hora de atender a la diversidad de su alumnado.
- [Busca que...] todos los estudiantes [tengan...] derecho a una educación en su localidad.
- [...] percibe [la diversidad] como un problema a resolver, sino como una riqueza para apoyar el aprendizaje de todos.
- [Hace un...] refuerzo mutuo de las relaciones entre los centros escolares y sus comunidades.
- [Ve a la EI como...] un aspecto de la sociedad inclusiva (2000, p. 20).

De tal manera la EI conlleva el poder reestructurar la dinámica en los centros educativos, con la finalidad de cambiar los diferentes procesos de enseñanza que se llevan a cabo en ellos; es decir, se trata de que los alumnos tengan una participación plena en todas las actividades escolares. Asimismo, es una educación que se orienta a establecer los mecanismos que permitan eliminar, en la medida de lo posible, todas las BAYP que puedan ser un factor de segregación (físicas, actitudinales o sociales y curriculares). Ya que:

Es la escuela la que se adapta al estudiante y no al contrario. [...] al tener en cuenta la diversidad existente de los infantes y jóvenes, [al luchar...] contra actitudes discriminatorias, crear comunidades donde sean bien acogidos, lograr una educación para todos, así como mejorar la calidad y la eficacia de la educación de los alumnos y de la enseñanza corriente. Por ello, los sistemas educativos deberían dejar de considerar a las personas con necesidades específicas como problemas que hay que solucionar, y actuar de manera positiva ante la diversidad del alumnado, considerando las diferencias individuales como otras tantas oportunidades para enriquecer la enseñanza para todos (Pabón, 2011, p. 19).

Buscando promover: "...la equidad y [a garantizar el...] derecho a la educación, pues apunta principalmente a superar los altos niveles de exclusión y de discriminación propios de los sistemas educativos" (Pabón, 2011, p. 5). Lo que se busca es la inserción incondicional de todos los alumnos a las aulas regulares, realizando transformaciones profundas en los sistemas, para lograr centrarse en el trabajo del aula con apoyo de especialistas, ya que no se trata de disfrazar las limitaciones que algunos de éstos tienen, porque ellas son reales y no se pueden eliminar. Lo que lleva a que Tharp diga:

En las escuelas de la tradición común, el acceso a las oportunidades educativas no se ha distribuido por igual entre todos los estudiantes. A los que estaban "asignados" a itinerarios de carácter "industrial" o "comercial" no se les ofrecían materias académicas de nivel superior; los alumnos de educación especial eran excluidos del contacto con sus compañeros "normales" (o incluso de su observación); a los niños con lenguas distintas [...] se les sumergía en un nuevo idioma [...]. Muchos movimientos de reforma han tocado los tambores de la inclusión: la eliminación de itinerarios, la integración de los alumnos con necesidades en las aulas convencionales, la enseñanza bilingüe. La inclusión parece un aliado natural de la equidad [...]. La inclusión como tema de reforma se extiende más allá del recinto escolar. Incluir a las familias, a las organizaciones de la comunidad y a la industria en los programas y las políticas escolares es una manifestación más amplia de este valor general: que la escuela nos incumbe a todos y que todos debemos tener acceso y voz (2000, p. 23).

Por lo tanto la EI constituye un enfoque que se adecua a todos los alumnos, pues los implica y los involucra en su totalidad y a toda persona dentro de los contextos escolares, ya que a su vez se orienta a la formación de una sociedad democrática que debe valorar, defender y reivindicar las diferencias como condiciones mismas de su existencia. De ahí que Casanova & Rodríguez Insistan en que:

...un modelo inclusivo de educación requiere flexibilizar la organización escolar: rediseñar la utilización de espacios, planificar el uso de los materiales, elaborar otros materiales complementarios, plantear la necesidad imprescindible del trabajo en equipo del profesorado; favorecer la comunicación vertical y horizontal de todos los profesionales que intervienen (2009, p. 39).

Inclusión que responde a un modelo teórico de la pedagogía, que se orienta establecer las estrategias y mecanismos que permitan eliminar las BAYP y ofrecer los apoyos a las necesidades específicas para que cada uno de los alumnos logren sus aprendizajes y una formación lo más plena posible y en función de sus características.

Su supuesto básico es modificar el sistema escolar para eliminar toda BAYP, de ahí que los principios de la EI van a servir de base para establecer las características propias de las aulas inclusivas, ya que de acuerdo con Stainback & Stainback estas deben responder a la:

- Flexibilidad: los miembros de la comunidad escolar han de disponer de una mente abierta y ánimo para la revisión del currículo, de sus objetivos y estrategias utilizando al tiempo mecanismos de resolución de problemas.
- Adaptación del currículum: se ha de estar dispuesto a efectuar adaptaciones, modificaciones o ambas cosas cuando sea necesario y en función de las necesidades del alumno.
- Formación de un equipo homogéneo, integrando al alumnado, el personal de la comunidad y los recursos existentes.
- Todos los miembros deben estar implicados, es decir, todas las personas que tienen implicaciones en la educación deben estar incluidas en las decisiones y planificaciones del centro.
- Principio de las producciones naturales: la escuela acepta a todo el alumnado de la comunidad (barrio) al que pertenece.
- Filosofía escolar basada en el valor de la diversidad: igualdad, democracia y valor a la diversidad forman parte de la filosofía de la inclusión. El alumnado la irá adquiriendo durante toda la escolaridad (Como se citó en Porras, 1998, p. 26).

Reflexión que con el tiempo pasa a ser expresada en el *Foro Mundial sobre la Educación* celebrado en Dakar Senegal, evento internacional que se llevó a cabo del 26 al 28 de abril del 2000 y que sirvió para evaluar el progreso alcanzado en la reunión de Jomtien Tailandia. Foro que se orientó a establecer los siguientes objetivos:

- i. extender y mejorar la protección y educación integrales de la primera infancia, especialmente para los niños más vulnerables y desfavorecidos;
- ii. velar por que antes del año 2015 todos los niños, y sobre todo las niñas y los niños que se encuentran en situaciones difíciles, tengan acceso a una enseñanza primaria gratuita y obligatoria de buena calidad y la terminen;
- iii. velar por que las necesidades de aprendizaje de todos los jóvenes y adultos se satisfagan mediante un acceso equitativo a un aprendizaje adecuado y a programas de preparación para la vida activa;
- iv. aumentar de aquí al año 2015 el número de adultos alfabetizados en un 50%, en particular tratándose de mujeres, y facilitar a todos los adultos un acceso equitativo a la educación básica y la educación permanente;
- v. suprimir las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria de aquí al año 2005 y lograr antes del año 2015 la igualdad entre los géneros en relación con la educación, en particular garantizando a las jóvenes un acceso pleno y equitativo a una educación básica de buena calidad, así como un buen rendimiento;
- vi. mejorar todos los aspectos cualitativos de la educación, garantizando los parámetros más elevados, para conseguir resultados de aprendizajes reconocidos y mensurables, especialmente en lectura, escritura, aritmética y competencias prácticas esenciales (UNESCO, 2000b, p. 8).

En ese mismo año, del 10 al 12 de febrero, en Santo Domingo, se llevó a cabo la *Conferencia de las Américas sobre Educación para Todos*, en la que se formularon las políticas y marcos legales que permitieran hacer de la inclusión una responsabilidad colectiva en toda América.

Esto llevó a que el 11 de junio de 2003 se decretó la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, quedando establecido en los artículos 1, 4 y 13 que:

[Hay que...] prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.

[...] se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el

reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.

[Y que todos los...] órganos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia, llevarán a cabo, entre otras, las siguientes medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad:

- I. Promover un entorno que permita el libre acceso y desplazamiento;
- II. Procurar su incorporación, permanencia y participación en las actividades educativas regulares en todos los niveles;
- III. Promover el otorgamiento, en los niveles de educación obligatoria, de las ayudas técnicas necesarias para cada discapacidad;
- IV. Crear programas permanentes de capacitación para el empleo y fomento a la integración laboral;
- IV. Crear espacios de recreación adecuados;
- V. Procurar la accesibilidad en los medios de transporte público de uso general;
- VI. Promover que todos los espacios e inmuebles públicos o que presten servicios al público, tengan las adecuaciones físicas y de señalización para su acceso, libre desplazamiento y uso;
- VII. Procurar que las vías generales de comunicación cuenten con señalamientos adecuados para permitirles el libre tránsito;
- IX. Informar y asesorar a los profesionales de la construcción acerca de los requisitos para facilitar el acceso y uso de inmuebles, y
- X. Promover que en las unidades del sistema nacional de salud y de seguridad social reciban regularmente el tratamiento y medicamentos necesarios para mantener y aumentar su capacidad funcional y su calidad de vida” (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2003, pp. 1-2, 5-6).

Para el 2006 la ONU organizó en New York la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, con la finalidad de que:

1. Los Estados Partes [reconozcan...] el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:
  - a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
  - b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
  - c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.
2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:
  - a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
  - b) Las personas con discapacidad pueden acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad que vivan.
  - c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;

- d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación educativa;
- e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión (Como se citó en Pabón, 2011, pp.11-12).

Legislación y convenios internacionales que se fortalecieron con la 48° Reunión de la Conferencia Internacional de Educación (CIE), celebrada en Ginebra Suiza en el 2008 y donde se estableció que: "...la educación inclusiva pase a ser un espacio de creación y socialización del conocimiento, respetando la diversidad y vinculados a la innovación y la apropiación social del conocimiento" (UNESCO, 2008, pp. 13-14). Un evento que tuvo como objetivo superar la exclusión en todos los sistemas educativos y así lograr una mejor educación para todos.

A su vez en México se elaboró el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (PRONADDIS), para ser aplicado del 2009 al 2013, con la intención de:

...conjuntar políticas de Estado y conducir la operación de estrategias en las instituciones del sector público en los tres órdenes de gobierno, para favorecer el desarrollo integral y la inclusión plena de las personas con discapacidad y sus familias en la vida social y productiva del país, con absoluto respeto a sus derechos humanos y libertades fundamentales (Gobierno Federal, 2009, p. 11).

Movimientos que se orientaron a lograr una EI de calidad y sin discriminaciones, lo que se legalizó para el 30 de mayo de 2011, a través de la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* donde se establece que:

**Artículo 2:** Para los efectos de esta Ley se entenderá por:

**XII:** [El...] la educación que propicia la integración de personas con discapacidad a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos.

**Artículo 12:** [Por lo que la...] Secretaría de Educación Pública promoverá el derecho a la educación de las personas con discapacidad, prohibiendo cualquier discriminación en planteles, centros educativos, guarderías o del personal docente o administrativo del Sistema Educativo Nacional. Para tales efectos, realizará las siguientes acciones:

- I. Establecer en el Sistema Educativo Nacional, el diseño, ejecución y evaluación del programa para la educación especial y del programa para la educación inclusiva de personas con discapacidad;



- II. Impulsar la inclusión de las personas con discapacidad en todos los niveles del Sistema Educativo Nacional, desarrollando y aplicando normas y reglamentos que eviten su discriminación y las condiciones de accesibilidad en instalaciones educativas, proporcionen los apoyos didácticos, materiales y técnicos y cuenten con personal docente capacitado;
- III. Establecer mecanismos a fin de que las niñas y los niños con discapacidad gocen del derecho a la admisión gratuita y obligatoria así como a la atención especializada, en los centros de desarrollo infantil, guarderías públicas y en guarderías privadas mediante convenios de servicios. Las niñas y niños con discapacidad no podrán ser condicionados en su integración a la educación inicial o preescolar;
- IV. Incorporar a los docentes y personal asignado que intervengan directamente en la integración educativa de personas con discapacidad, al Sistema Nacional de formación, actualización, capacitación y superación profesional para maestros de educación básica;
- V. Establecer que los programas educativos que se transmiten por televisión pública o privada, nacional o local, incluyan tecnologías para texto, audiodescripciones, estenografía proyectada o intérpretes de Lengua de Señas Mexicana;
- VI. Proporcionar a los estudiantes con discapacidad materiales y ayudas técnicas que apoyen su rendimiento académico, procurando equipar los planteles y centros educativos con libros en braille, materiales didácticos, apoyo de intérpretes de lengua de señas mexicana o especialistas en sistema braille, equipos computarizados con tecnología para personas ciegas y todos aquellos apoyos que se identifiquen como necesarios para brindar una educación con calidad;
- VII. Incluir la enseñanza del Sistema de Escritura Braille y la Lengua de Señas Mexicana en la educación pública y privada, fomentando la producción y distribución de libros de texto gratuitos en Sistema de Escritura Braille, macro tipos y textos audibles que complementen los conocimientos de los alumnos con discapacidad;
- VIII. Establecer un programa nacional de becas educativas y becas de capacitación para personas con discapacidad en todos los niveles del Sistema Educativo Nacional;
- IX. Diseñar e implementar programas de formación y certificación de intérpretes, estenógrafos del español y demás personal especializado en la difusión y uso conjunto del español y la Lengua de Señas mexicanas;
- X. Impulsar toda forma de comunicación escrita que facilite al sordo hablante, al sordo señante<sup>21</sup> o semilingüe<sup>22</sup>, el desarrollo y uso de la lengua en forma escrita;
- XI. Impulsar programas de investigación, preservación y desarrollo de la Lengua de Señas Mexicana, de las personas con discapacidad auditiva y de las formas de comunicación de las personas con discapacidad visual;
- XII. Incorporar en el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología lineamientos que permitan la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal;
- XIII. Promover que los estudiantes presten apoyo a personas con discapacidad que así lo requieran, a fin de que cumplan con el requisito del servicio social, y
- XIV. Las demás que dispongan otros ordenamientos (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2011, pp. 1, 2, 5 y 6).

<sup>21</sup> "‘Sordo señante’ es toda aquella persona cuya forma prioritaria de comunicación e identidad social se define en torno de la cultura de una comunidad de sordos y su lengua de señas" (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2001., párr. 6).

<sup>22</sup> "‘Sordo semilingüe’ es toda aquella persona que no ha desarrollado a plenitud ninguna lengua, debido a que quedó sordo antes de desarrollar una primera lengua oral y a que tampoco tuvo acceso a una lengua de señas" (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2001, párr. 8).

Es así que se puede decir que la EI es un enfoque que está evolucionando, lo que ha permitido que se convierta en: "...un *potente agente de cambio* [que...] no se limita a plantear la necesidad de que las escuelas estén preparadas para acoger y educar al alumnado con diferencias, [...] sino que la *escuela debe ser capaz de acoger y educar a todo el alumnado*" (Jiménez & Vilá, 1999, p. 172).

De ahí que la EI sea una reforma que a nivel nacional está impactando, principalmente en la Educación Básica. Por lo tanto, se trata de una propuesta en la que se busca que docentes de apoyo y regular puedan trabajar en equipo y que las acciones para la EI se fomenten en el ámbito familiar, para que de ahí los educandos realmente vivan en una sociedad inclusiva y respetuosa de todos los sujetos independientemente de sus características y condiciones.

## CAPITULO 2. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se puede decir que una de las discapacidades más estudiadas a lo largo de la historia y con grandes dificultades para acordar su denominación, es el de la DI, sobre todo porque su estudio se ha dado desde diversos enfoques (médicos, religiosos, educativos, etcétera).

Esto ha llevado a que las personas con esta discapacidad se les haya referido (y en algunos casos se les siga refiriendo) como: “idiotas”, “tontos”, “imbéciles”, “limítrofes”, “subnormales”, “deficiente mentales”; lo que tiene que ver no sólo con el lenguaje, sino además con el gran desprecio y desconocimiento de lo que implicaba e implica esta discapacidad.

Con el tiempo y en una búsqueda por evitar el sentido peyorativo de dichos conceptos, se empezó a emplear el término de Retraso Mental (RM)<sup>23</sup>, el que también fue criticado por considerarse que tiene un sentido devaluado de los sujetos, lo que llevó a que fuera sustituido por el de DI. Forma de nombrar a aquellas personas que por su capacidad intelectual, se les ha ubicado por debajo de lo que se considera como lo “normal” y que, se quiera o no, responden a una visión de sujeto y de condición social.

De ahí que estemos hablando de una discapacidad que ha sido definida de diversas maneras, caso ejemplar la que da Grossman, quién indica que: “El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficits en conducta

---

<sup>23</sup> De acuerdo con el Comité sobre Terminología y Clasificación de la AAIDD se sustituye: “[...] el término *retraso mental* por el término *discapacidad intelectual* porque este último refleja de una forma más precisa el constructo [...] que actualmente se utiliza para expresar lo que entendemos por [este tipo de] discapacidad” (Schaloc *et al.*, 2007, p. 6). Término que será empleado en esta tesis para referir la discapacidad.

adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo” (Como se citó en Verdugo, 1995, p. 520); definición en la que aún se sigue empleando el concepto de retraso mental. A diferencia de esta última definición, Schalock *et al.* indican que: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años” (2007, pp. 8-9).

De hecho el concepto de inteligencia sigue siendo objeto de debate, pues si bien hay una idea generalizada de que ésta es: “...un **constructo**, basado en mediciones, que expresa el **nivel general de desempeño cognoscitivo...**” (Ausubel. Como se citó en Bermeosolo, 2010, p. 351). Ésta está determinada por un “...**nivel** (cuantitativo) **del desempeño o actividad intelectual** a una edad determinada” (Bermeosolo, 2010, p. 351). Así, “Al medir la inteligencia se hace una **estimación del funcionamiento intelectual**. [De tal manera que...] A mejor funcionamiento intelectual (del pensamiento y el lenguaje), más inteligente se demuestra el sujeto, con puntuaciones más altas en los tests” (Bermeosolo, 2010, p. 351).

En este sentido, la DI se ha relacionado con la adquisición lenta o incompleta de conocimientos y ciertos retrasos en las habilidades cognitivas y motrices del desarrollo regular del ser humano. Cognición que se refiere a la facultad que tienen los seres humanos para procesar la información y que de acuerdo con Piaget se va logrando a lo largo de la vida al ir pasando de un estadio a otro. De ahí que: “...el desarrollo cognitivo puede comprenderse como la adquisición sucesiva de estructuras lógicas cada vez más complejas, que subyacen a las distintas tareas y situaciones que el sujeto es capaz de ir resolviendo a medida que avanza su desarrollo (Como se citó en Arbeláez, 2000, párr. 33). Es decir, comprende explicar el desarrollo de la percepción, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y solución de problemas de acuerdo al desarrollo del sujeto.

Cognición que en el caso de los sujetos con DI, se da teniendo niveles por debajo de lo “normal”. Una condición que hoy en día se conoce como Coeficiente Intelectual (CI), el que según Terman se define como: “...valor numérico otorgado a la inteligencia que se determina a partir de las puntuaciones en una prueba de inteligencia; el CI promedio se establece arbitrariamente en 100” (Como se citó en Morris & Maisto, 2005, p. 260).

Es así que para determinar el CI se han diseñado instrumentos o *tests* estandarizados, los que responden a una visión de conocimiento y a una idea de inteligencia que debe tener un sujeto de acuerdo con la etapa del desarrollo en la que se ubica, en función de ciertos estándares, que de una u otra manera pueden ser arbitrarios, dada la norma en la cual se basan.

Esto hace que en gran medida la determinación de una DI sea arbitraria, ya que y que por lo mismo debe ser tomado en cuenta dentro de los centros escolares no reconoce la misma condición de la diversidad, algo que hoy en día ya se está discutiendo.

Una temática que por su problemática y por la relación con la investigación que aquí se realiza es analizada, lo que se hace en los siguientes términos: primero, se elabora una breve historia sobre el estudio de esta discapacidad; segundo, se precisan cuáles son sus principales causas (etiología); tercero, se presentan las maneras cómo se le ha clasificado a esta discapacidad; cuarto, se ubica cómo debe ser diagnosticada; quinto, se establecen las condiciones necesarias para elaborar un tratamiento; y, finalmente, un sexto, en el que se habla sobre el tipo de necesidades educativas específicas y las BAYP institucionales que se tienen que eliminar para la plena inclusión educativa de los niños con DI.

## 2.1. Del trato al estudio y atención de las personas con Discapacidad Intelectual

El trato que se les daba a las personas con DI a lo largo de la historia ha sido diferente. De hecho, con los primeros grupos nómadas, a las personas débiles y ancianas se les abandonaba a su suerte, pues no podían seguir al ritmo del grupo que tenía que cazar animales para alimentarse. En la cultura egipcia personas con Síndrome de Down eran consideradas como semidioses, por lo que se les cuidaba y daba un trato preferencial. Sin embargo, con las sociedades griegas y romanas toda persona con alguna discapacidad era eliminada, ya que por su condición no eran aptos para la guerra.

Sin embargo, cuando se logra establecer el dominio de la Iglesia Católica en Europa, durante la Edad Media, bajo los preceptos (caridad y misericordia) se les empezó a ofrecer ciertos cuidados y atención en abadías, auspicios y hospitales; si bien se les ubicaba como personas enfermas, en algunos casos, se les pensaba como poseídas por el demonio o fuerzas malignas, por lo que se les aislaba y “curaba”<sup>24</sup> por la Iglesia. Visión y control de la Iglesia que con la industrialización y la sustitución de su dogma de fe por el dogma de la ciencia, se realizaron estudios con la finalidad de comprender dicha discapacidad y ofrecerles una atención médica. Momento histórico de la industrialización de la sociedad que según Scheerenberger puede estar representado por tres etapas para el trato, estudio y atención del RM<sup>25</sup>: una primera en la que se consideraba a los retrasados mentales como “[Incompetentes...] *para satisfacer las demandas de la vida*” (Como se citó en Verdugo, 1995, p. 516), concepción que implicó proteger los derechos de propiedad de los ricos; una segunda, que deriva de la anterior y que llevó a que en 1324 se promulgara la ley *King's Act*, en la que se nombraba a estas personas como “idiotas” y, por lo mismo, como incapaces de manejar sus

---

<sup>24</sup> La forma de cura para estos casos era el exorcismo, el cual es la acción sobrenatural de expulsión, realizada contra la maldad o demonio, a través de “...la invocación del nombre de Dios o de Jesucristo, hechos por un [Sacerdote]... [Es decir, las personas exorcizadas] [...] sufren de una acción hostil producida por un mal espíritu que acosa *desde dentro* a una persona” (Cortés, *n.d.*, párr. 2).

<sup>25</sup> Es conveniente indicar que Scheerenberger era quien refería la, DI como RM. (Scheerenberger, 1984, p. 6).

negocios, por lo que sus propiedades eran embargadas para que la Corona pudiera administrarlas de una manera benéfica; y una tercera, en la que los médicos eran los responsables de su diagnóstico mediante la identificación de su etiología, por lo que se pensó que las causas principales del RM eran producto de una *patología orgánica* (Verdugo, 1995, p. 516). Primeros avances en el estudio de la DI que no habían permitido establecer diferencias claras entre las personas que lo presentaran y las que se daban por otras discapacidades (de hecho en ese momento, se les veía y se les trataba de la misma manera a ellos que a los sordomudos, criminales, locos y epilépticos).

Ya para principios del siglo XIX se desarrollaron de manera más sistemática los estudios científicos sobre la DI y en conjunto se empezaron a hacer las primeras propuestas terapéuticas, siendo claro ejemplo de ello, lo realizado por Jean Esquirol, Jean Itard, Eduardo Seguin y Langdon Down. En el caso de Esquirol, en 1818, empezó a emplear por vez primera, el concepto de “idiotas” para diferenciar a éstos sujetos de los dementes y de algunos otros trastornos mentales. Para él la idiocia era “...la ausencia de un desarrollo intelectual global, de carácter orgánico e incurable a diferencia de la demencia, que [constituía...] una pérdida irreversible de estas facultades” (Como se citó en Rodríguez & Blanco, 2004, p. 10). Reflexión que se siguió desarrollando y que lo llevó a que en 1838 Esquirol dividiera a la DI en dos grupos: los “imbécil” y los “idiotas” divididos en subgrupos a partir del nivel de desarrollo de su habla y lenguaje:

[...] *Imbécil, nivel 1*: habla fluido y fácil; *imbécil, nivel 2*: habla menos fluida y vocabulario más limitado; *idiotas, nivel 1*: usa solamente palabras y frases cortas; *idiotas, nivel 2*: emplea sólo monosílabos o ciertos gritos e *idiotas, nivel 3*: ausencia del habla (Como se citó en Villa, 2007, p. 51).

Por su parte, Itard pensaba que “[...] las capacidades humanas son casi infinitas y están determinadas por el ambiente” (Verdugo, 1995, p. 517). Lo que lo llevó a proponer técnicas para educar y socializar a un niño “salvaje”, que se le conoció como “el niño salvaje de Aveyron”. Su trabajo con este niño se orientó a desarrollar un plan para facilitar su rehabilitación e incorporarlo a la sociedad. Y

aunque dicho niño no logró ser “normal”, Itard demostró que una persona “idiota” podía lograr aprender habilidades sociales con un adecuado método de enseñanza. (Verdugo, 1995, p. 517). Posteriormente, Séguin se enfocó en el tratamiento y educación de personas con dicha discapacidad, clasificando a la “idiocia” en cuatro niveles:

1. *Idiotas*, referido a los sujetos con graves problemas psíquicos,
2. *Imbéciles*, referido a los sujetos con retraso leve junto con dificultades graves en su desarrollo moral y social,
3. *Débiles de espíritu o de mente*, referido al retraso en el desarrollo, y
4. *Simpleza o retraso superficial*, referido al desarrollo intelectual lento (Como se citó en Villa, 2007, p. 51).

Lo que llevó a que Séguin publicara su primer artículo acerca de las personas con DI al que puso por título *La instrucción fisiológica y moral de los idiotas*. En éste, muestra que es: “[Posible...] entrenar a los retrasados mentales hasta límites previamente inimaginables, a través de su sistema educativo llamado ‘método fisiológico’...” (Verdugo, 1995, p. 517). Método que se desarrolló con el apoyo de materiales didácticos creado por él para llevar a cabo actividades de imitación, lúdicas y de la vida cotidianas. A su vez apoyó la creación de escuelas para los infantes deficientes (como la *Escuela de Fisiología Séguin*, en New York). Además sus investigaciones y las de sus colegas llevaron a que en 1876, se creara lo que más adelante fue la *Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD)*. Finalmente en el caso de John Langdon Down, fue quien elaboró la primera clasificación y descripción de lo denominado “mongolismo”<sup>26</sup>, concepto aceptado internacionalmente en ese momento y plasmado, en 1887 en la publicación *Afecciones mentales de los niños y jóvenes*.

---

<sup>26</sup> Como es sabido el término *mongolismo* fue empleada por primera vez en el año 1886, por el médico británico John Langdon Down, para definir la Trisomía 21 o lo que posteriormente se conoció como Síndrome de Down, debido a que había un gran parecido con los rasgos físicos de este grupo racial. Nombre que para 1961 fue cuestionado por un grupo de científicos ante el uso peyorativo, proponiendo que se eliminara su uso y que mejor se utilizara el término *síndrome de Down* o *Trisomía 21* (Orgullo Down Venezuela, 2013, párrs. 1-3). “Cuatro años después, en 1965, el gobierno de Mongolia presentó ante la Organización de las Naciones Unidas una petición para eliminar el uso de este vocablo, para referirse a las Personas con síndrome de Down [sic.], no precisamente por fijar posición política en defensa de las Personas con esta condición, sino por resultar ofensivo a sus ciudadanos y ciudadanas, quienes no querían seguir siendo comparados con estos individuos, en clara defensa de su gentilicio, y en nula preocupación hacia la integridad de las Personas con trisomía 21” (Orgullo Down Venezuela, 2013, párr. 4).



En el campo de la educación, estudiosos como Samuel Gridley Howe, María Montessori y Ovide Decroly elaboraron y aplicaron programas para la educación de los niños con DI. En el caso de Howe la veía como *debilidad mental* y pensaba que se trataba de un proceso degenerativo, dado que ésta era “[...] como efecto de una violación de las condiciones naturales normales del ser humano” (Villa, 2007, p. 53), de tal manera que fue precursor en la reforma institucional en los EU para que las personas con DI recibieran cuidados y aprendizajes; asimismo fue creador de la escuela para *Jóvenes Idiotas y Débiles Mentales*, en Massachusetts Boston. Por su parte, Montessori trabajó con niños marginados y discapacitados, aplicando su modelo pedagógico, que tomaba como fundamento los planteamientos de Rousseau, Fröebel y los supuestos del crecimiento sobre el desarrollo para la educación de los infantes, que se hacían en las ciencias humanas. Esto la llevó a tener claro que para la educación de los niños con DI era indispensable trabajar fuera del ámbito médico o terapéutico, sobre todo porque eran niños, según ella, que podían lograr un rendimiento escolar casi igual que los niños considerados “normales”. Finalmente, Decroly creó el *Instituto Laico de Enseñanza Especial para Retrasados*, en el que elaboró métodos globales-ideográficos para la enseñanza de la lecto-escritura, así como también inventó juegos para los niños deficientes (Sánchez, 1994, p. 25).

De esta manera, se comenzaron a crear métodos e instituciones dirigidos a las personas con DI, lo que llevó a que se planteará la formación de personas con esta discapacidad de dos maneras: la primera, consistía en que dichas instituciones impartieran clases a los niños con *retraso*; y, la segunda, en prestar atención educativa a las personas con deficiencias más severas en asilos y hospicios.

Ya para principios del siglo XX las definiciones de la DI se visualizan desde dos perspectivas: por un lado, la *intelectual*, la cual tenía que ver con la búsqueda por encontrar mecanismos que permitieran ubicar lo “normal” y lo “anormal”, lo que llevó a relacionar la edad mental con la edad cronológica, estableciendo criterios

de medición que permitieron determinarlo; lo que se logró con los *test* estandarizados que de manera objetiva medían el CI (IQ por sus siglas en inglés) de las personas, “[Unificándose...] el criterio diagnóstico [lo que favoreció...] la creación de aulas específicas para el retrasado mental” (Verdugo, 1995, p. 517). Dichos *test* psicométricos estandarizados fueron elaborados por Alfred Binet y Théodore Simón, los cuales permitieron hacer “...la medición de la inteligencia, al introducir tareas de carácter más cognoscitivo [con la finalidad de] evaluar aspectos como el juicio, la comprensión y el razonamiento, que según los autores constituían los componentes fundamentales del comportamiento inteligente” (Muñiz, 1998, p. 6). Siendo Goddard el primero en utilizar en los Estados Unidos tales pruebas, lo que lo llevó a clasificar a las personas con DI en tres grupos:

- *idiotas* (con edad mental inferior a los 2 años),
- *Imbéciles*, (edad mental entre 3 y 7 años), y
- *Estúpidos* (entre 7 y 12 años)” (Como se citó en Villa, 2007, p. 56).

Por el otro, la de *adaptación social*, la cual se constituye en la corriente de pensamiento que trata las competencias sociales, dado que se había visto que las personas con DI tenían dificultades para adaptarse socialmente, por lo tanto, se les consideraba incompetentes para vivir de manera autónoma en su vida, sobre todo al llegar a la adultez. Incompetencia que se reconocía desde una visión estática sobre su educación, ya que eran consideradas personas incurables, y “...no se [sometía...] a un análisis preciso el ambiente en que [vivía...], el retrasado mental; se [evaluaba...] la inadaptación por referencia a una desviación de normas sociales estandarizadas. [Dejando...] de lado los factores económicos y políticos, posibles fuentes de inadaptación social” (Lambert, 1987, p. 16).

Pocos años después, en 1916, Madison elaboró un nuevo sistema de clasificación basándose en el CI de acuerdo a la escala de inteligencia de Binet, lo que le permitió establecer la DI de acuerdo con los siguientes criterios:

- Por encima de 140, *genio* o *casi genio*. 120-140, *inteligencia muy superior*
- 110-120, *inteligencia superior*. 90-110, *inteligencia media o normal*.
- 90-80, *inteligencia torpe*, rara vez clasificada como *debilidad mental*.
- 50-70, *moronismo*.
- 20 o 25-50, *imbecilidad*.
- Por debajo de 20 o 25, *idiocia* (Como se citó en Villa, 2007, p. 57).

Para él la DI implicaba: "...una abstracción, ya que abarca a numerosos individuos, formando un grupo muy heterogéneo con trastornos diferentes y de varios orígenes, lo que llevó a hablar de '*deficientes mentales*'..." (Villa, 2007, p. 57).

Ya para 1921 la AAMD publicó su primera edición en la que el eje central de la definición de la DI tenía que ver con el CI siendo los *test* de inteligencia la principal herramienta para determinar el CI y con ello, las personas que tenía DI, lo que se establecía cuando éstas tenían un puntaje de 70 o menos CI.

Pasaron dieciséis años para que Tredgold, en 1937, dividiera la DI, en tres grupos: *alteración mental*, *deterioro mental* y *desarrollo incompleto*. Para él la DI de un sujeto implicaba que éste tuviera las siguientes condiciones:

- “• Un desarrollo incompleto
- Ineducable en el aspecto educativo regular
- CI bajo
- Incapaz para ser independiente, e
- Inadaptable en el comportamiento general” (Verdugo, 1995, p. 518).

Incremento en los estudios y la manera de clasificar el DI llevaron a que el psicólogo Edgar Doll para 1941 propusiera un nuevo listado de características para poder clasificar a las personas con DI, las cuales consisten en: incompetencia social, subnormalidad mental, desarrollo interrumpido, presentación en la madurez, origen constitucional e incurable. Asimismo, sostenía que la DI "...era incurable y que las personas mentalmente retardadas sin etiología física demostrable y procedentes de zonas subculturales no debían considerarse mentalmente retrasadas” (Villa, 2007, p. 57).

Reflexiones que fueron acompañadas del surgimiento de nuevos instrumentos como la *Escala de Madurez Social Vineland*, creada por Edgar Doll, la cual mide la madurez social de los niños en cuanto a "...ayudarse, dirigirse, locomoción, ocupación, comunicación y relación social'..." (Otero, 2006, párr. 6). Dicha escala proporciona:

- Un esquema del desarrollo normal que se puede utilizar para la medición o cambios de crecimiento.
- Una medida de diferencias individuales. En caso de desviación extrema que pueden ser significativas en problemas tales como deficiencia mental, delincuencia juvenil, colocación familiar, etc.
- Un índice cualitativo de variaciones en el desarrollo de sujetos subnormales, tales como desadaptados, inestables, psicopáticos, epilépticos, etc.
- Una medida progresiva que sigue a un tratamiento especial, a una terapia y a un entrenamiento.
- Un esquema para revisar el desarrollo de la historia vital de un sujeto, que en el estudio de retrasos, deterioraciones y medidas o etapas del crecimiento y de la declinación (Otero, 2006, párr. 7).

Otro de los instrumentos para medir la inteligencia que fueron la *Escalas de Inteligencia de Wechsler*<sup>27</sup>, que por sus características y el momento fueron de uso generalizado para diagnosticar la DI así como otros trastornos (Otero, 2006, párr. 6).

Ya para para 1957 la AAMD en su cuarta edición del *Manual sobre terminología y clasificación en el retraso mental* estableció la etiología de la DI, es decir, precisaba las causas por las cuáles se genera el retraso, de tal manera que se pudiera hacer la diferenciación entre las personas que nacían con alguna limitación intelectual de las que eran "normales".

---

<sup>27</sup> La escala Wechsler son pruebas para medir la inteligencia y es: "[...] aplicable a niños y adolescentes de edades comprendidas entre 6 años 0 meses y 16 años 11 meses. [...] preferentemente a grupos de sujetos de los que convenga determinar su nivel de habilidades cognitivas o su funcionamiento neuropsicológico: Diagnóstico de altas capacidades; Diagnóstico de retraso mental leve o moderado; Diagnóstico de Trastornos de aprendizaje; Disfunciones neuropsicológicas. También aplica a poblaciones con alteraciones atencionales, como el TDAH y puede ser usado para el diagnóstico de minorías étnicas" (s.a., n.d., párrs.1-2). "...además de permitir el análisis de las habilidades en relación a los grupos normativos, en función de la edad, ofrece pautas muy claras para analizar las habilidades en términos intraindividuales. [...] permite identificar las debilidades y fortalezas específicas de un sujeto, con distintas posibilidades comparativas (en función de la media global del sujeto, o de las medias específicas de Comprensión verbal y de Razonamiento perceptivo, y a distintos niveles de confianza)" (Corral, Sara, Arribas, David, Santamaría, Pablo, Sueiro, Manuel & Pereña, Jaime, 2005, p. 3).

Ya para 1959 la misma AAMD publica la quinta edición del *Manual sobre terminología y clasificación en el retraso mental*, en la que Hebert propuso una definición “científica” de la DI, estableciendo que se trataba de: “Un funcionamiento de la inteligencia situado por debajo de lo normal, el que tiene su origen durante el periodo evolutivo. [Y que tiene que ver con un bajo...] funcionamiento que va asociado a trastornos de madurez, de aprendizaje y de adaptación social” (Como se citó en Lambert. 1987, p. 17). Es decir, lo que se tomaba en cuenta además del CI y la etiología, era la capacidad para adaptarse al entorno del sujeto. Asimismo, se identificaba desde el nacimiento hasta los 16 años de edad. Y el CI se basaba en: límite (83-67), ligero (66-50), moderado (49-33), severo ((32-16) y profundo (16).

Casi una década después, para 1967, se llevó a cabo el *I Congreso de la Asociación Internacional para el Estudio Científico del Retraso Mental*, en el que se definió a la DI como:

Un estado constitucional de inferioridad intelectual, [...] considerado incurable, de origen congénito o adquirido en temprana edad, que tiene como consecuencia primera la de limitar de forma señalada las posibilidades de adaptación social del sujeto, en los distintos ambientes donde deberá vivir (Como se citó en Villa, 2007, p. 59).

Ya para 1973 la AAMD publicó la sexta edición del *Manual sobre terminología y clasificación en el retraso mental*, en donde Grossman plantea que: “El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficits en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo” (Como se citó en Verdugo, 1995, p. 520). En este caso lo esencial constituye el empleo del término “significativamente” por el de “límite”, lo que hace patente el tener que elaborar un diagnóstico de dos o más desviaciones típicas (y no una) por debajo de la media. Y la clasificación correspondía a: ligero (67-52), medio (51-36), severo (35-20) y profundo (19 y menos).

Asimismo, la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) define a la DI como: “[La...] capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media, que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración de los comportamientos adaptativos (maduración, aprendizaje o ajuste social)” (1968, p. 12).

Y para 1983 la AAMD cambió de denominación por *Asociación Americana sobre personas con Retraso Mental* (AAMR por sus siglas en inglés) y en la que Grossman publicó una nueva definición de DI, considerando a ésta como: “[...] un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que resulta o va asociado con déficits concurrentes en la conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo” (Como se citó en Verdugo, 1995, 521). En esta edición el límite de CI se mantiene en 75 y el límite de edad se eleva a los 18 años. De lo cual Scheerenberger expone que la DI es:

[...] un fenómeno determinado socioculturalmente que sin duda empezó a manifestarse desde los albores de la humanidad. Cualquier sociedad, comprendidas las tribus más primitivas, ha estado constituida incuestionablemente por miembros más capaces y por otros menos capaces [...] La importancia de la debilidad individual, sin embargo, ha variado con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y la conciencia social (1984, p. 5).

Ya para 1992 la AAMR publicó la novena edición del manual de clasificación y diagnóstico: *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, en el cual Luckasson *et al* definen a la DI como:

[Las...] limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El [RM] se manifiesta antes de los dieciocho años (Como se citó en Verdugo & Jenaro, 2002, p. 21).

En esta denominación la prioridad está en la interacción entre las personas con un funcionamiento mental limitado y el entorno en el que se desenvuelven, lo cual es el parte aguas para el desarrollo y autonomía personal de las personas con DI, siempre y cuando reciban los apoyos adecuados para ellas. De tal manera, que el

CI ya no será la principal herramienta para la clasificación de los sujetos, sino que se clasificará el tipo de apoyo que requieran, y así “[...] se propone un sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con DI (limitado, intermitente, extenso, o generalizado)” (Verdugo, 1995, p. 525).

En ese mismo año (1992) la OMS desarrolla la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión número 10 (CIE-10), la cual brinda un marco conceptual basado en la etiología, así como proporciona un diagnóstico de enfermedades y trastornos. Visualizando a la DI como:

[...] un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve (OMS, *n.d.*, p. 356).

Para el año 2000 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada del manual (DSM-IV-TR por sus siglas en inglés) refiere a la DI como:

**A.** Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un Coeficiente Intelectual (CI) aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

**B.** Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

**C.** El inicio es anterior a los 18 años (APA, 1995, p. 41).

Ya para el año 2001 en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF por sus siglas en inglés) la OMS refiere a la DI como: “[las] Funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de

forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital” (OMS, 2001, p. 74).

Para el año 2002 se publica, la décima edición del manual de clasificación y diagnóstico: *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo* de la AAMR, aquí, Luckasson *et al.* definen la DI como: “[...] una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (Como se citó en Verdugo & Jenaro, 2002, p. 9). En este aspecto, la DI se considera multidimensional, la cual considera todos los aspectos del sujeto (sus capacidades intelectuales, su conducta adaptativa, su salud y la interacción con el contexto social). Es decir, se dejó la idea de que el problema estuviera en la persona sino que ahora se consideraría la interacción entre la persona con limitaciones en dos o más áreas de habilidades adaptativas y el entorno, asimismo, se dejó de considerar un aspecto estático sino que sería una condición que dependía de los apoyos recibidos hacia la persona con DI, de tal manera que de acuerdo al apoyo adecuado recibido la persona podía avanzar en su proceso del funcionamiento intelectual y de su conducta adaptativa.

De ahí que Luckasson se refiera a la DI como: “...‘un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional, y está afectado positivamente por apoyos individualizados’ [...]” (Como se citó en Verdugo, 2003, p. 13). Es por ello que:

Como modelo de funcionamiento incluye los contextos en los cuales las personas funcionan e interactúan, a diferentes niveles del sistema, por lo que se puede decir que la definición propuesta requiere un *enfoque multidimensional y ecológico* que refleje la interacción de la persona con sus ambientes así como los resultados referidos a la persona en esa interacción relacionados con la independencia, relaciones, contribuciones, participación educativa y comunitaria y bienestar personal (Verdugo, 2003, p. 13).

Siendo la DI “[La que...] se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las



habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años” (Schalock *et al.*, 2007, p. 6).

De esta manera para el 2010 la AAMR modifica su nombre a *Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo* (AAIDD por sus siglas en inglés) y publica su onceava edición del manual de clasificación y diagnóstico: *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Por lo que, de manera oficial, se elimina el término de RM y se sustituye por el de DI la cual se concibe desde un enfoque que puntualiza en primer lugar a la persona y se considera a la discapacidad como un ajuste entre las capacidades del sujeto y su interacción con el contexto. Así, como mencionan Schalock *et al.*, la DI “...se caracteriza por las limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (Como se citó en Verdugo, 2010, p. 12).

Así, la DI se incluye en el aspecto general de discapacidad. Por ello el término de DI surge con el objetivo de acentuar un aspecto ecológico que se enfoca en la interacción sujeto-ambiente y considera que el emplear apoyos individualizados mejorará el funcionamiento de los sujetos (Schalock *et al.*, 2007, p. 3). Es preferible utilizar el término de DI ya que de acuerdo con Verdugo:

- Evidencia el constructo socioecológico de discapacidad
- Se alinea mejor con las prácticas profesionales actuales que se centran en conductas funcionales y factores con-textuales
- Proporciona una base lógica para proporcionar apoyos individualizados debido a que se basa en un marco de referencia ecológico-social
- Es menos ofensivo para las personas con esa discapacidad
- Es más consistente con la terminología internacional, incluyendo los títulos de revistas científicas, investigación publicada y nombres de las organizaciones (2010, pp. 9-10).

Por ello, la DI es:

[...] el mejor término actualmente para la discapacidad designada históricamente como *retraso mental*, [...]. El término *discapacidad intelectual* incluye a la misma población

de individuos que eran anteriormente diagnosticados con retraso mental en número, clase, nivel, tipo y duración de la discapacidad, y la necesidad de servicios y apoyos individualizados de las personas con esta discapacidad. Además, cada individuo que es o fue apto para un diagnóstico de retraso mental es apto para un diagnóstico de discapacidad intelectual (Schalock *et al.*, 2007, p. 6).

Entonces, podría decir que la DI es cuando un sujeto tiene algunas limitaciones en su funcionamiento mental y en habilidades de adaptación tales como aquellas de la comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. Tales limitaciones provocan que el sujeto aprenda de manera más lenta que otro sujeto típico de su misma edad. Asimismo, el sujeto con DI debe tener un CI significativamente bajo y dificultades para adaptarse al contexto social. Por lo que las personas con DI pueden requerir de más tiempo para hablar, caminar y aprender las destrezas para su cuidado personal como por ejemplo vestirse o comer, así como también requieren de más tiempo para su aprendizaje en la escuela. En este sentido, es importante establecer que la persona con DI puede adquirir aprendizajes y conocimientos de acuerdo a sus capacidades y con ayuda de apoyos individualizados porque la DI no es un trastorno que necesariamente dure toda la vida.

## **2.2. Etiología**

Para explicar las causas de la DI se utiliza un enfoque multifactorial, es decir, se trata de un proceso en el que pueden estar involucrados múltiples factores. Según la AAIDD, la etiología de la DI se puede deber a cuatro grupos de factores:

a) biomédicos, los cuales corresponden a biológicos como desordenes genéticos y nutricionales [...]; b) conductuales, los cuales tienen que ver con los [...] comportamientos potencialmente causales como el abuso de sustancias en el embarazo o acciones peligrosas [...]; c) sociales, correspondientes a la interacción social y familiar [...]; y d) [educacionales, referentes a ...] la disponibilidad de apoyos que promuevan el desarrollo intelectual y de habilidades adaptativas (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 35).

En el caso de los factores biomédicos pueden deberse a:

- **Síndrome de Down.** Trastorno genético en el que, un sujeto presenta un cromosoma extra en el cromosoma número 21, de tal manera que las células se componen de 47 cromosomas con tres cromosomas en dicho par, de ahí que ha llevado a que se le denomine Trisomía 21. Existen tres tipos de alteraciones cromosómicas en el Síndrome de Down: trisomía 21, translocación cromosómica y mosaicismo o trisomía en mosaico.
- **Síndrome X frágil (Par 23).** Consiste en un trastorno genético, causado por alguna anomalía en un gen 23, lo que lleva a que se afecte cerebro y se genere un DI que puede llegar a ser grave, que derive en problemas de lenguaje y conducta.
- **Síndrome de Edwards (Par 18).** Trastorno genético en el que, un individuo presenta una tercera copia del cromosoma 18, en lugar del par habitual. De tal manera que cuando nacen los individuos con dicha trisomía, se caracterizan por bajo peso, fragilidad, talla corta y afectación en su desarrollo psicomotor. Asimismo, presentan anomalías en el cráneo, cara, ojos, en el esqueleto, cardíacas y malformaciones urogenitales (riñones, vejiga, uretra y genitales).
- **Síndrome de Williams (Par 7).** Corresponde a un trastorno del desarrollo en el que el cromosoma 7 (procedente del esperma o del ovulo) pierde un fragmento de información, lo que ocasiona el mal funcionamiento de los genes. De tal manera que está caracterizado DI leve o moderada, hipercalcemia infantil (niveles de calcio en sangre elevados), estenosis aórtica supralvalvular (estrechamiento de la arteria principal inmediatamente al salir del corazón) (El Síndrome de Williams..., 2010, p. 1).
- **Síndrome de Apert.** Trastorno genético hereditario que causa anomalías en el cráneo, infecciones frecuentes de oído, baja estatura y un desarrollo intelectual lento lo que conlleva a una posible DI leve o moderada.
- **Síndrome de Prader-Willie.** Alteración genética causada por la falta de un gen en el cromosoma 15. Dicho síndrome está caracterizado por un déficit en el desarrollo psicomotor, DI variable, problemas alimenticios que lleva a un

aumento de peso incontrolable hasta llegar a la obesidad y posible diagnóstico de diabetes.

- **Espina bífida.** Es un tipo de defecto del tubo neural<sup>28</sup> que repercute en la medula espinal por lo que causa un daño neurológico. De ahí que pueden tener dificultades de aprendizaje hasta llegar a una DI, problemas urinarios e intestinales.
- **Hidrocefalia.** Corresponde a tener el cráneo demasiado grande, debido a que el cerebro produce demasiado líquido cefalorraquídeo<sup>29</sup> dentro de éste, lo que lleva a que éste presione el cráneo, dañando el tejido cerebral, que lleva a daño cerebral, convulsiones, afectación del sistema psicomotor, crecimiento lento y DI.
- **Varicela.** Es una infección viral que se presenta en todo el cuerpo ocasionando ampollas y cuando ésta se presenta durante el embarazo hay de malformaciones en las extremidades, cicatrices en la piel, problemas de visión o audición, crecimiento lento en el útero, discapacidad motriz y DI.
- **Parto y alumbramiento anómalos (Prematuridad):** que es cuando el bebé nace antes de las 37 semanas de gestación, lo que puede ocasionar problemas orgánicos, falta de madures en sus órganos y DI.
- **Hipoglucemia.** Se manifiesta cuando el nivel de azúcar es demasiado bajo en la sangre, lo que afecta al bebé pudiendo causar daño cerebral y una posible DI.
- **Conmoción cerebral.** Es una lesión que puede sufrir el cerebro cuando la cabeza del bebé es golpeada, de tal manera que podría ocasionar derivar en una DI.
- **Epilepsia.** Es un trastorno cerebral que causa convulsiones (crisis epilépticas) inesperadas. Tale convulsiones afectan al cerebro y por lo tanto pueden ocasionar lesiones, demencia, tumores y hasta DI.
- **Síndrome de Lennox-Gastaut.** Se trata de una epilepsia grave que causa convulsiones frecuentes afectando al cerebro, asimismo, se acompaña de una DI.

---

<sup>28</sup> Es una estructura del embrión del que se origina el sistema nervioso central, de tal manera que forma la medula espinal y los nervios motores.

<sup>29</sup> Es un líquido color transparente que baña el encéfalo y la medula espinal, es decir, actúa como amortiguador protegiendo al cerebro.

- **Trastornos metabólicos (Isquemia cerebral):** Se trata de un trastorno que interrumpe el suministro de la sangre que se dirige al cerebro, lo que impide la entrada del oxígeno y de los nutrientes que éste requiere para su funcionamiento. De tal manera que se generan lesiones en el cerebro las que pueden derivar en DI (Como se citó en Rodríguez & Blanco, 2004, pp. 35-40).

Los factores conductuales corresponden a aspectos como:

- **Alcoholismo.** El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar defectos congénitos al bebé, tales como un crecimiento lento, malformaciones en algunas partes del cuerpo (corazón, riñones, tubo digestivo, extremidades, entre otros), en las funciones sensoriales y en las capacidades intelectuales que deriven en DI de moderada a profunda.
- **Drogadicción.** Consiste en el consumo de sustancias psicotrópicas<sup>30</sup> que afectan al sistema nervioso central, lo que repercute en alteraciones del comportamiento, la percepción, el juicio y en las emociones. Las consecuencias del consumo de las drogas pueden ser de diferentes maneras, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia del consumo. De tal manera que pueden provocar alucinaciones, euforia o desesperación (Mata, 2006, párr. 1).

Los factores sociales:

- **Malnutrición.** Es el resultado de una deficiente o mala alimentación por la falta de consumo de nutrientes que los organismos necesitan, en este caso, la madre no se alimenta de manera adecuada antes y durante el embarazo y en los primeros meses del bebé, lo que puede ocasionar una DI.
- **Trastornos psiquiátricos.** Se caracteriza por ser un trastorno mental que causa el aislamiento del sujeto del entorno social, debido a la ausencia de espacios de interacción y comunicación que pueden derivar en alguna DI.

---

<sup>30</sup> Una sustancia psicotrópica se refiere a alguna sustancia química que actúa en el sistema nervioso central, lo que provoca cambios temporales en la percepción, ánimo y en el comportamiento.

- **Abuso infantil.** Tiene que ver con una lesión física y psíquicas hecha hacia el infante por parte de los padres o tutores, lo que puede derivar en cierta DI.
- **Desventajas socio-económicas.** Esta está vinculada con extrema pobreza, ambiente carente de estímulos, inadecuado cuidado de los niños, deficiente cuidado médico, etcétera (Rodríguez & Blanco, 2004, pp. 42-44).

Cabe destacar que hay personas que muestran su DI, en los procesos educativos.

Por ello, hay niños que:

...en su apariencia física no parecen sufrir problemas, pero manifiestan una discapacidad intelectual severa, moderada o leve en su aprendizaje, lenguaje, forma de relacionarse, atención, comprensión y retención, lo que se traduce en necesidades educativas especiales que requieren satisfactores adecuados al nivel de esas necesidades (SEP, 2010a, p. 17).

Asimismo, de acuerdo al desarrollo de la persona con DI es como se va ir dando su avance, ya que la DI no es un estado que se encuentra fijo sino que va ir evolucionando de acuerdo a la interacción entre la persona con DI y su ambiente, es decir, respecto a su desarrollo biológico, psicológico y social.

### 2.3. Clasificación

La clasificación de la DI es útil para definir las necesidades y apoyos que requieran las personas que tienen esta discapacidad. Esto implica establecer una base de mediciones que nos permitan precisar cuál es el intelecto que deben de tener los sujetos de acuerdo con determinada edad. En la práctica, esto ha implicado el poder establecer niveles de medición que nos permitan medir el CI, con la finalidad de estimar cuál es el nivel de funcionamiento que tienen los sujetos. Para ello, una de las escalas de medición que ha sido empleada para realizar la medición del CI, es la Escala de Inteligencia Wechsler, en la que se clasifica a los sujetos en siete niveles dependiendo del puntaje se obtiene en los

*test* en que basa su medición y que tienen como característica el estar estandarizados<sup>31</sup>. Estos niveles son los que se muestran en el cuadro 1:

**CUADRO 1**

Inteligencia	CI
Brillante	Mayor a 130
Sobresaliente	120-130
Normal superior	110-120
Normal promedio	90-110
Normal lento	80-90
Limite	70-80
Deficiente	Menor a 70

(Como se citó en Bermeosolo, 2010, p. 348)

De ahí que la escala Wechsler, lo que nos permite conocer es el CI que un sujeto tiene a partir de:

...las pruebas psicométricas, estandarizadas para población general, que aportan información sobre el desempeño del niño o niña (o adulto), en tareas que requieren para su resolución, de la utilización de diferentes funciones cognitivas. Las puntuaciones obtenidas por este medio, permiten clasificar el funcionamiento intelectual de acuerdo a rangos de CI establecidos por la distribución normal estadística de la población (Ministerio de Educación de Chile, 2008, p. 10).

Sin embargo, con ésta escala no propiamente se precisa cuál es el nivel de DI. Para ello, en el DSM-IV-TR, toma las mediciones que se obtiene a través de los *test* Wechsler o algún otro que mida el CI, con la finalidad de establecer el nivel de DI que puede tener un sujeto. Esto lo podemos ver en el cuadro 2:

---

<sup>31</sup> Un *test* estandarizado consiste en evaluar el aprendizaje de acuerdo con ciertos criterios aplicados para la población en general, con los cuales se "...pretenden determinar niveles evolutivos o patologías concretas y que nos permiten obtener una puntuación que tenga cualidades psicométricas" (Iglesias & Sánchez, 2007, p. 113)

**CUADRO 2**

Descripción	CI
DI leve	50-55 y aproximadamente 70
DI moderada	35-40 y 50-55
DI grave	20-25 y 35-40
DI profundo	Inferior a 20-25
DI de gravedad no especificada	Cuando existe clara presunción de DI, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los tests comunes.

(APA, 1995, p. 42).

Además de la clasificación del DSM-IV-TR, también está la de la CIE-10, donde se habla de cuatro niveles de DI, ésta la podemos ver en el cuadro 3:

**CUADRO 3**

DI	CI	Descripción
Leve	50-69	Edad mental: 9 a menos de 12 años
Moderada	35-49	Edad mental: 6 a menos de 9 años
Grave	20-34	Edad mental: 3 a menos de 6 años
Profunda	Menos de 20	Edad mental: menos de 3 años

(Como se citó en Bermeosolo, 2010, p. 352)

Se trata de dos clasificaciones que en realidad tienen muchas similitudes, por lo que de manea general se puede precisar que caracteriza a cada uno de los niveles. En el caso de la **DI leve**, esta tiene las siguientes:

- “Educables”, que se refiere al “...índice del desarrollo mental [que] corresponde a la mitad o a las tres cuartas partes del índice mental de un niño de inteligencia promedio” (Como se citó en Bermeosolo, 2010, p. 357).
- Suelen desarrollar tarde el lenguaje, pero pueden lograr expresarse y adquirir habilidades sociales.
- Tienen insuficiencias mínimas en áreas sensorio-motoras.
- Las dificultades en la escuela suelen ser problemas específicos en la lectura y escritura.



- En la adultez acostumbran a adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para la autonomía mínima.
- Pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, en aspectos de estrés y en cuanto a los gastos económicos.
- Con apoyo, acostumbran a vivir de manera independiente para el cuidado de su persona y de manera social, así como también pueden residir en establecimientos supervisados.

En el caso de la **DI moderado**, presenta las siguientes:

- “Adiestrables”, referible a que “...el índice de su desarrollo mental está comprendido entre un cuarto y la mitad del de un niño de inteligencia promedio” (Como se citó en Bermeosolo, 2010, p. 357).
- Generalmente son lentas al comprender y adquirir el lenguaje.
- La capacidad para atender a su propio cuidado personal y su motricidad son lentas, de tal manera que requieren de supervisión moderada.
- Sus progresos escolares son limitados, pero pueden aprender lo indispensable en cuanto a lectura, escritura y cálculo.
- Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que le son familiares.
- En la adultez pueden realizar trabajos prácticos sencillos, con supervisión.
- Se adaptan bien a la vida en la comunidad y para participar en las actividades sociales.

En el caso de la **DI grave** se caracterizan por:

- Ser “totalmente dependientes”, es decir, “...el niño se desarrolla, [...], a razón de una cuarta parte del desarrollo de un niño normal” (Bermeosolo, 2010, p. 357).
- Tener una comunicación prácticamente nula o escasa, durante los primeros años de vida.

- Pueden padecer algún “déficit motor [u] otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central” (OMS, *n.d.*, p. 43).
- En el contexto escolar pueden aprender a hablar y ser “adiestrados” en las habilidades esenciales del cuidado personal.
- Su aprendizaje es limitado en cuanto al alfabeto y calculo simple, pero pueden lograr tener una lectura global de algunas palabras.
- En la edad adulta pueden alcanzar a realizar algunas tareas simples pero sólo si son supervisadas.
- Se logran adaptar a la vida en comunidad, en instituciones o con su familia, sólo sí no llegan a tener alguna discapacidad asociada que requiera de cuidados especializados.

Y en el caso de la **DI profundo** tienen las siguientes:

- Principalmente tienen una enfermedad neurológica identificada que explica su DI, particularmente un “tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, [y] no controlan esfínteres...” (OMS, 2001, p. 43).
- Sus capacidades para el cuidado básico son muy limitadas pero pueden lograr un desarrollo bueno en un ambiente estructurado con ayudas y supervisión constante, así como con una atención individualizada.
- El desarrollo motor y las habilidades para comunicarse pueden mejorar sólo si son “adiestradas” de manera adecuada.

Finalmente en la categoría de **DI de gravedad no especificada**, en el DSM-IV-TR, se no puede ser evaluada por los *test* estandarizados, dado que es tan bajo el CI que el sujeto está imposibilitado para por responderlo. Al respecto es conveniente indicar que la CIE-10, ubica a éste último como “Otro retraso mental”, que sólo debe especificarse:

[...] cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia

de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física (OMS, 2001., p. 133).

DI sin especificación que se establece cuando “...hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo una de las categorías anteriores” (OMS, *n.d.*, p. 133).

Clasificación que cambia a partir de 1992, cuando lo AARM establece que las categorías ligero, moderado, severo y profundo, se deben sustituir por un nuevo modelo basado “[...] en términos de la cantidad y calidad de los apoyos (limitados, intermitentes, extensos o generalizados) que requiere el niño o la niña para desenvolverse adecuadamente y participar en su medio” (MINEDUC, 2008, p. 11). Es decir, se establece un sistema de clasificación referidos al tipo e intensidad de apoyos que requieren las personas con DI y no por el puntaje obtenido en un *test* estandarizado que sólo mide el CI.

De esta manera, la AARM distinguen los tipos de apoyo en:

1. **Intermitente** (I): “Apoyo cuando sea necesario. Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así, la persona no siempre requiere el/los apoyo/s, o requiere apoyo de corta duración durante [el ciclo de vida]. Los apoyos intermitentes pueden ser de alta o baja intensidad” (Como se citó en Castanedo, 1999, p. 69).
2. **Limitado** (L): “Apoyos intensivos caracterizados por su consistencia temporal, por tiempo limitado pero no intermitente. Pueden requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyo más intensivos [...]” (Como se citó en Verdugo, 1995, p. 535).
3. **Extenso** (E): “Apoyos caracterizados por una implicación regular [...] en, al menos, algunos entornos [...] y sin limitación temporal [...]” (Como se citó en Castanedo, 1999, p. 69).
4. **Generalizado** (G): “Apoyos generalizados por su constancia, elevada intensidad; proporcionada en distintos entornos, con posibilidad de mantenerlo

toda la vida. Estos apoyos [...] suelen requerir más personal y mayor intrusión que los apoyos extensos o los de tiempo limitado” (Como se citó en Verdugo, 1995, p. 535).

Ya para el 2010 la AARM, que cambia su nombre a AAIDD, propone como sistema de clasificación de la DI, una categorización multidimensional que involucra siete dimensiones: habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, evaluación etiológica, participación, contexto y apoyos. En cada una de estas dimensiones se establece una medida modelo y un esquema de clasificación, lo que podemos ver en el cuadro cuatro:

**CUADRO 4**

<b>Dimensión</b>	<b>Medidas modelo</b>	<b>Esquema de clasificación</b>
Habilidades intelectuales	Test CI administrados de manera individual	Rangos y niveles de CI
Conducta adaptativa	Escalas de conducta adaptativa	Niveles de conducta adaptativa
Salud	Inventarios de salud y bienestar	Estatus de salud
Evaluación etiológica	Medidas de salud mental. Factores de riesgo.	Estatus de salud mental. Agrupamiento por etiología
Participación	Escalas de integración comunitaria. Escalas de participación comunitaria. Medidas de relaciones sociales. Medidas de vida en el hogar.	Grado de interacción comunitaria. Grado de participación comunitaria. Nivel de interacciones sociales. Nivel de actividades en el hogar.
Contexto	Evaluaciones ambientales (físico, social, actitudinal). Evaluaciones personales (motivación, estilos de aprendizaje y de vida).	Estatus ambiental. Estatus personal.
Apoyos	Escalas de necesidades de apoyo. Evaluación funcional de la conducta.	Nivel de apoyo necesario. Patrón de apoyos necesario.

(Como se citó en Verdugo & Schalock, 2010, p. 16)

Proceso de clasificación de la DI que tiene como propósito, establecer:

...la provisión de un esquema organizativo para categorizar diversos tipos de observaciones, con ello se facilita la comunicación entre profesionales, se establecen acuerdos en el estudio científico, se facilita la provisión de servicios y sistemas beneficiarios y, [dicha] clasificación es esencial para la investigación y el avance del conocimiento (García, 2006, p. 266).

De esta manera se busca hacer una descripción en el que la clasificación de las personas depende de “[...] valorar las capacidades y limitaciones que presentan al objeto de planificar el perfil y los servicios de apoyo que necesitan” (García, 2005, p. 266). Lo que involucra partir de “valorar los puntos fuertes y las limitaciones en cada una de las cinco dimensiones propuestas en el modelo teórico (capacidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacción y roles sociales; salud y contexto)” (García, 2006, p. 266).

Dicha clasificación es necesaria para elaborar un adecuado diagnóstico, sobre todo cuando se trata de procesos educativos orientados al apoyo de sujetos con DI.

## **2.4. Diagnóstico de la DI**

El diagnóstico tiene como finalidad identificar en nivel de DI y determinar el tratamiento que debe llevar el sujeto, así como el tipo de educación que éste requiere. A su vez, éste debe ser realizado por especialistas que establezcan con precisión cuáles son las condiciones intelectuales de cada uno de los sujetos. Esto implica que:

[El...] médico cirujano [establezca] (estado físico general [de la persona con DI]), el neurólogo (estado cerebral, reflejos, sistema nervioso central [encefalografía, tomografía]), el psicólogo o psicopedagogo (evaluaciones intelectuales, conducta adaptativa, personalidad, aptitudes), el maestro o pedagogo (evaluación de las capacidades académicas), el cirujano dentista (evaluación bucal), el oftalmólogo (evaluación de la vista), el microbiólogo (estudios de cromosomas, careotipos, análisis de sangre, orina, etc.) y el radiólogo (radiografías del cráneo AP y lateral, TAC [Tomografía Axial Computarizada]) (Castanedo, 1999, p. 201).

Serán los anteriores, los que “...aplicarán diferentes instrumentos para conocer tanto el funcionamiento intelectual como la conducta adaptativa de la persona”

(SEP, 2010c, p. 92). De ahí que el diagnóstico debe enfocarse tanto en las limitaciones como en las capacidades de las personas con DI, para que posteriormente se defina un perfil y se establezcan los apoyos que permitan atender y educar al individuo.

De acuerdo con Molina, los tipos de diagnósticos utilizados para determinar la DI pueden ser funcional, general y diferencial, cada uno de éstos se define como:

- **Diagnóstico funcional:** "...es el análisis de los síntomas más relevantes que aquejan al sujeto en función de los objetivos que se persigan y del contexto en el que está inmersa la persona a diagnosticar" (1999, p. 148).
- **Diagnóstico general:** con éste se busca llegar a saber el grado de "[...] retraso o de deficiencia que el sujeto posee y el tipo de síndrome o de deficiencia en que podría encuadrarse la persona diagnosticada. Por ello, suele ser un diagnóstico nomotético y cuantitativo muy útil para tomar decisiones de tipo administrativo..." (1999, p. 148). Se trata de las pruebas psicométricas que se utilizan para medir el CI y así diagnosticar el puntaje en el que se encuentra la DI.
- **Diagnóstico diferencial:** el objetivo consiste en diagnosticar "[...] el conocimiento de los defectos específicos que posee la persona en cada una de las áreas analizadas: funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y lingüísticas, desarrollo de la personalidad, etc." (1999, p. 149).

Según la AAIDD el diagnóstico de esta discapacidad, deben permitir identificar:

1. Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual (capacidad intelectual inferior a 69-75, según los criterios en que se basen).
2. Limitaciones significativas en la conducta adaptativa, es decir, la capacidad de adquirir habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia. Y
3. Que los puntos anteriores aparezcan antes de los 18 años.

De esta manera en el diagnóstico se deben describir las capacidades y limitaciones que la persona presente en las siguientes cinco dimensiones: habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, salud y contexto social. Éstas implican identificar lo siguiente:

**1. Limitaciones en el funcionamiento intelectual.** Ésta tiene que ver con el funcionamiento intelectual del sujeto, de tal manera que se considera DI si el CI es inferior a 70-75 en escalas con una media de 100 y una desviación típica de 15<sup>32</sup>. Asimismo el CI relaciona la edad cronológica con la edad mental o el nivel de inteligencia del sujeto con su edad cronológica "...lo que da lugar a una medida del desarrollo intelectual de la persona comparada con el resto de la población de la misma edad" (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 50). Lo que se establece aplicando la siguiente una fórmula ( $CI = (EM/EC) \times 100$ ), permitiendo establecer el rango de puntaje del CI es como se determina el nivel o clasificación de DI, es decir, que puede ser leve, moderada o grave. De ahí que la evaluación de inteligencia se pueden utilizar algunos instrumentos como los siguientes:

- **Escala de inteligencia Wechsler para niños (WISC-R):** Sirve para evaluar la inteligencia en sujetos de entre 6 años y 16 años 11 meses. Dicha prueba se conforma por 12 *subtests*, de los cuales 6 miden habilidades verbales y 6 miden habilidades perceptomotrices de los cuales se obtienen 3 cocientes: manipulativo, verbal y global.
- **Escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS):** Evalúa la inteligencia de sujetos de entre 16 y 89 años. Conformada por 6 *subtests* verbales y 5 perceptomotrices que arrojan puntuaciones del CI.
- **Test de inteligencia Stanford-Binet:** Evalúa el razonamiento verbal, cuantitativo, abstracto/visual y la memoria a corto plazo, aplicable para sujetos desde los 2 años de edad.

---

<sup>32</sup> "La desviación típica (DT) o desviación estándar es la medida más útil de la variabilidad de los resultados de una muestra. La DT es una medida de la magnitud en que se desvían las diversas puntuaciones obtenidas de su valor medio. Si las puntuaciones se agrupan estrechamente en torno a la media, la DT será relativamente pequeña; si se extienden en todas direcciones, la DT será relativamente grande" (La desviación típica..., *n.d.*, párr. 1).

- **Sistema de evaluación cognitiva Das-Naglieri (CAS):** Prueba aplicada de manera individual para sujetos de entre 5 a 17 años. Evalúa la inteligencia multidimensional, en cuanto a la planificación, la atención, los procesos cognitivos simultáneos y sucesivos.
- **Batería de evaluación de Kauffman para niños (KABC):** Instrumento clínico que evalúa la inteligencia en niños de entre 2 años y medio a 12 años y medio (Thorndike & Hagen, 1975, pp. 309-361).

**2. Limitaciones en la conducta adaptativa.** De acuerdo con la AAIDD la conducta adaptativa se refiere al "...conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por el individuo con el fin de funcionar en su vida cotidiana" (Como se citó en Rodríguez & Blanco, 2004, p. 51). Es decir, son las capacidades que el individuo adquiere para funcionar en su vida diaria en cuanto a su autonomía personal y social que se espera de acuerdo a su edad y cultura. De tal manera que para determinar un diagnóstico de DI el individuo, además de otros factores, debe manifestar limitaciones en sus conductas adaptativas, siendo éstas "...habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria" (SEP, 2010c, p. 89). Éstas implican lo siguiente:

- **Conductas adaptativas conceptuales:** Se refiere al lenguaje receptivo y expresivo; lectura y escritura; concepto de dinero; conocer direcciones personales y autodirección. Claro esto tiene que ver con sus condiciones de vida.
- **Conductas adaptativas sociales:** Son las habilidades interpersonales; la responsabilidad; autoestima; credulidad; ingenuidad; seguimiento de reglas; obedece las leyes; y evita la discriminación.
- **Conductas adaptativas prácticas:** Comprende las actividades de la vida diaria como la comida, transferencia/movilidad, uso del baño, aseo personal, y vestido; actividades instrumentales de la vida diaria como la preparación de comidas, mantenimiento de la casa, transporte, tomar medicinas, manejo del



dinero, y uso del teléfono; y mantenimiento de la seguridad como salvaguardar los entornos seguros.

Es decir, se trata de evaluar las capacidades y limitaciones que presenta el individuo en las habilidades explicadas. Para ello se pueden emplear instrumentos como:

- **Escala Vineland de Madurez Social (VSMS)**. Se aplica a sujetos de entre 0 y 35 años con la finalidad de medir la madurez social o competencia social.
- **Diagnóstico Escala de Conducta Adaptativa (ABS)**. Diseñado para personas de 4 a 21 años de edad. Dicho diagnóstico evalúa las habilidades conceptuales (como la alfabetización, conceptos de número y tiempo, etc.), habilidades sociales (tales como la responsabilidad social, autoestima, resolución de problemas sociales, etc.), y las habilidades prácticas (como el cuidado personal, uso del dinero y teléfono, etc.).
- **Escalas de Conducta Independiente-Revisada (SIB-R)**. Evalúa la interacción social, las habilidades comunitarias, la vida personal y en comunidad. Y está dirigida hacia personas de 0 a 80 años.
- **Sistema de Evaluación de Comportamiento Adaptativo (ABAS)**. Es utilizada para evaluar los niveles de funcionamiento de adaptación en las áreas de: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.
- **Programas Conductuales Alternativos (PCA)**. Consiste de los siguientes tres programas: **Programa De Orientación Al Trabajo (POT)**, que tiene como objetivo desarrollar respuestas y patrones de comportamiento que se requieren para trabajar; el **Programa De Habilidades De La Vida Diaria (PVD)**, el cual pretende conseguir la autonomía e independencia personal en los hábitos cotidianos y en el hogar; y el **Programa De Habilidades Sociales (PHS)**, el cual desarrolla

habilidades de comunicación verbal y no verbal (Rodríguez & Blanco, 2004, pp. 70-84).

Es así que la evaluación de la conducta adaptativa debe ser llevada a cabo desde un enfoque multidisciplinario, es decir, se den involucrar profesionales preparados y con experiencia en el campo de las humanidades (psicólogos, terapeutas, profesor de educación especial, pedagogos, entre otros). De esta manera la información será recabada a través de la observación directa, el registro, y con información que proporcione la familia y profesores. Para ello se pueden emplear instrumentos como:

- La **entrevista** como **método de recogida de información** sobre la persona: tales como datos biográficos, habilidades adaptativas, condiciones psicológicas, físicas y ambientales, entre otros.
- La **entrevista** como **método de observación directa** durante el desarrollo de ésta: Se utiliza para recoger información a través de la comunicación verbal y no verbal como la manera de hablar, la postura; también se deberá recopilar información de los conocimientos y habilidades, así como de las funciones psicológicas que la persona posee como la inteligencia, el razonamiento abstracto, la atención, memoria, el rendimiento escolar, entre otros. Tal entrevista será llevada a cabo formulando preguntas o asignando ejercicios para saber si comprende y logra realizar la actividad.
- El **registro funcional**: Recoge información "...antes, durante y después del acontecimiento (antecedentes, conducta y consecuentes), que se utilizará [...] para elaborar a través del análisis funcional las hipótesis explicativas del problema planteado" (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 70).
- El **registro topográfico**: Mide la "...frecuencia, intensidad o duración para poder llevar a cabo un seguimiento preciso en cuanto a la evolución del problema. También con el fin de realizar el seguimiento de programas de

habilitación tanto ocupacionales como de habilidades sociales y de la vida diaria...” (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 70).

**3. Participación.** La participación hace referencia a los roles sociales que la persona desempeña y a las interacciones que tiene con las demás personas en diversos contextos, tales como: el trabajo, el hogar, el tiempo libre (ocio), las habilidades culturales. En este sentido, se evalúa el desenvolvimiento del sujeto en las actividades de su vida social, por lo que se debe analizar las oportunidades y restricciones que la persona tiene en la participación en su comunidad, ya que “...se trata de fomentar la integración a través de la participación e interacción en [los] entornos, de modo que el individuo pueda asumir roles sociales deseables” (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 53).

De este modo, la evaluación se realiza a través de la observación directa de las interacciones del sujeto con su mundo material y social en las actividades diarias. Siendo la observación directa la vía para recabar la información, la que consiste en registrar los comportamientos o actitudes de la conducta del sujeto en diversos entornos. Observación con la que se va a evaluar las interacciones de la persona con las demás y el rol que desempeñe (asistiendo, interactuando o participando) con su ambiente escolar, laboral, personal, de ocio o de otro tipo.

**4. Salud** (física y mental). La evaluación de la salud se basa en reconocer los problemas físicos y de salud mental para poder gestionar su atención en el sector salud o mental. Pero dicha evaluación es algo complicada debido a la falta de instrumentos estandarizados para evaluarla. Sin embargo se toman en cuenta algunos aspectos, tales como la CIE-10 y el DSM-IV que sirven para agrupar las condiciones específicas de salud física y mental.

En el caso de la evaluación de la **salud física**, se trata de identificar los problemas de salud que pueda presentar la persona, tales como:

...deglución-masticación, patrones de motricidad gruesa y fina, tipo e intensidad de ayudas o apoyos en sus desplazamientos, tono muscular, así como la presencia, [...], de deficiencia sensorial asociada, epilepsia, infecciones recurrentes, deficiencias nutricionales, alteraciones metabólicas, enfermedades crónicas, enfermedades infectocontagiosas, y otros trastornos (obesidad, hipertensión, etc.) (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 55).

Para ello se debe realizar una valoración clínica, que contenga un examen físico y tests de laboratorio, en el que se incluya información del historial materno en cuanto a abortos, infecciones o exposición a tóxicos, así como el tamaño y la actividad fetal. Posteriormente, se deben realizar:

...estudios cromosómicos, estudios de aminos y ácidos orgánicos, función tiroidea, pruebas de plomo y un estudio de mucopolisacáridos<sup>33</sup>. También radiografías (rayos X) de los huesos largos y de las muñecas. Una evaluación neurológica, incluyendo un [encefalograma] y una tomografía computarizada. Se debería evaluar el tamaño y las simetrías de la cabeza y la cara, la forma de la cabeza (incluyendo el pelo), la posición de ojos y orejas y las asimetrías de las funciones motoras y sensoriales (Retraso mental..., *n.d.*, párr. 12).

Para poder seguir con el procedimiento de diagnóstico en el aspecto de la salud, se toman en cuenta instrumentos clínicos de información tales como:

- **Assessment and Information Rating Profile (AIRP)**. Con el que se evalúan datos médicos y sociodemográficos; habilidades, problemas conductuales y síntomas psicopatológicos.
- La **entrevista** como función **diagnóstica**. Asigna un diagnóstico de acuerdo a los signos descritos e identificados durante la misma entrevista, lo cual permite clasificar la patología según los datos obtenidos (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 68).

La evaluación de la **salud mental** consiste en los trastornos psicopatológicos que pueda tener la persona, ya que podrían presentar alteraciones psicológicas, como el llanto, sueño, aislamiento, descuido en el cuidado personal, agresividad,

---

<sup>33</sup> Los mucopolisacáridos "son largas cadenas lineales de azúcares que se alojan en el cuerpo. Están situadas en la superficie de las células y en la matriz extracelular, a la que aportan viscosidad. Intervienen en la formación de los huesos, cartílagos, tendones, córnea, piel y tejido conectivo. Se hallan también en el líquido (líquido viscoso que lubrica nuestras articulaciones) (Guía metabólica..., *n.d.*, párr. 1).

autolesiones, conflictos de autoestima intolerante al estrés y frustraciones, falta de habilidades para solucionar problemas y para relacionarse, falta de apoyo emocional, discriminación social, entre otros.

Para ello los instrumentos que se pueden utilizar son los siguientes:

- **Instrumento de Psicopatología de Adultos con Retraso Mental (PIMRA):** Ayuda en el diagnóstico diferencial de las personas con DI por lo que evalúa su psicopatología.
- **Lista de verificación de conducta aberrante:** Consiste en una lista de síntomas emocionales y de conducta en personas con DI. Y consta de cinco sub-escalas, las cuales son: irritabilidad y agitación, aislamiento social, conductas estereotipadas, hiperactividad y desobediencia, y lenguaje inapropiado.
- **Pantalla Reiss por conducta adaptativa:** Es un instrumento que detecta problemas de salud mental en adolescentes y adultos con DI. Evaluando la probabilidad de que una persona tenga un trastorno agresivo, autismo, trastorno de personalidad, depresión o psicosis.
- **PAS-AD Checklist:** Consiste de una entrevista semiestructurada diseñada para detectar trastornos mentales en personas con DI (Rodríguez & Blanco, 2004, pp. 73-84).

Otra área relevante para el diagnóstico de la DI es la relacionada con la valoración de los **procesos cognitivos**, la que consiste en evaluar las funciones emocionales, ejecutivas e intelectuales; y dentro de las intelectuales deben estar inmersas las funciones receptoras (sensación, atención, percepción), memorísticas, expresivas y del pensamiento. Asimismo, se presentan dificultades en el aprendizaje manifestando lentitud y dificultad en el mantenimiento y consolidación de los aprendizajes. En cuanto a la memoria, presenta fallos y dificultades en cuanto a ordenar los acontecimientos, y presenta lentitud en cuanto a procesar la información. También se manifiesta déficits en el lenguaje y en la

comunicación, desde dificultades en la comunicación pre-lingüística (contacto visual o gestos comunicativos) hasta problemas más severos. De ahí que:

[En] la fonología pueden aparecer problemas de articulación y de discriminación de fonemas. La morfosintaxis muestra problemas de comprensión y producción de concordancias morfológicas, preposiciones, tiempos y oraciones complejas. En el léxico [se presenta] una menor amplitud del vocabulario, menor contenido semántico y menor información asociada al léxico. Por último, [en el aspecto pragmático se muestra] problemas referenciales (inversión pronominal) y problemas del uso del lenguaje en distintos contextos sociales, pudiendo resultar el distinto extraño, ambiguo e incoherente (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 65).

**5. Contexto social.** Para evaluar el contexto se debe tener en cuenta las condiciones contextuales en la que se desenvuelve la persona. El contexto se plantea desde un enfoque ecológico que "...tienen como objetivo instaurar habilidades prácticas que optimicen la autonomía del sujeto en los ambientes y sub-ambientes vitales más relevantes, explorando también posibles ambientes futuros y examinando las actividades que requieren para aislar las habilidades a desarrollar" (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 83). Para ello, el instrumento para la evaluación implica medir la interacción del sujeto en los siguientes tres niveles:

- **Microsistema:** Se refiere a la persona, la familia o los tutores.
- **Meso-sistema:** En esta incluye la escuela, la comunidad, el vecindario y los servicios.
- **Macrosistema:** Consiste en la cultura e influencias sociopolíticas (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 63).

Otro aspecto fundamental a considerar en la DI es el **diagnóstico educativo**, en el que se debe determinar las habilidades y aptitudes que posee la persona para organizar su enseñanza. Se trata de realizar una evaluación pedagógica en la que se debe observar si el alumno es capaz de cumplir los objetivos y comprender los contenidos que recibe en clase. Para ello, se deben tomar en cuenta los aspectos intelectuales, afectivos y sociales, así como conocer las estrategias que el estudiante utiliza para aprender, el contexto, los recursos con los que cuenta y el tipo de enseñanza que imparte el profesor. Además se requiere conocer el

contexto familiar y social, ya que dicha información permitirá conocer las características y condiciones de dicho contexto. Se trata de una evaluación psicopedagógica, que involucra:

...un procedimiento altamente utilizado para profundizar de manera sistemática en el conocimiento de los niños. [...Asimismo] debe concebirse como un proceso de aporte de información útil principalmente para los profesores de educación regular, quienes podrían orientar sus acciones para satisfacer las necesidades educativas de sus alumnos, [saber] cuáles son sus capacidades, habilidades, dificultades, gustos e intereses del niño [...], ya que esto es lo que determina las adecuaciones curriculares pertinentes (García *et al.*, 2000, pp. 88-89).

Según Gracia *et al.*, para tal evaluación se debe tener en cuenta:

- **Datos personales:** Información general del niño y de sus padres; nombre completo, edad, fecha de nacimiento, tipo de escuela a la que asiste y grado que cursa. Con respecto a los padres se debe conocer su nombre completo, domicilio, edad, escolaridad y ocupación laboral.
- **Motivo de la evaluación:** Explicar la razón por la cual se determinó evaluar al niño, así como la persona que pidió esa evaluación.
- **Apariencia física:** Es fundamental registrar los datos físicos del niño y distinguir alguna señal en particular (estatura, peso, color, textura de la piel y postura), con el fin de conocer el tipo de alimentación que recibe, la atención que recibe por parte de sus padres, si no es maltratado, entre otros.
- **Conducta durante la evaluación:** Consiste en registrar el comportamiento del niño durante el proceso de evaluación.
- **Antecedentes del desarrollo:** Es importante conocer dichos antecedentes para conocer las características del alumno. Para ello se requiere información acerca de:
  - Embarazo: Conocer las condiciones bajo las cuales se desarrolló el embarazo (deseado, planeado, estado físico y emocional de la madre, aborto, entre otros).

- Desarrollo motor: Desarrollo psicomotor (edad en la que sostuvo la cabeza, se sentó, gateó, caminó), control de esfínteres, edad en la que comenzó a bañarse, vestirse, comer.
- Desarrollo del lenguaje: Información acerca de sus primeras palabras, frases, lenguaje verbal ante sonidos.
- Familia: Características de su ambiente familiar y socio-cultural: nombre de las personas que la integran, actividades que realizan juntos y tiempo que conviven, causas de sus alegrías y disgustos, entre otros.
- Antecedentes heredo-familiares: Problemas transmitidos al niño.
- Historia médica: Estado de salud en el que se encuentra el niño como los problemas que ha padecido, estudios que se le han administrado, tipo de tratamiento recibido y resultados alcanzados.
- Historia escolar: Se toma en cuenta la edad en la que comenzó su escolarización, los años que ha cursado, el tipo de escuela a la que ha asistido (regular o especial, privada o pública), sus dificultades y logros, y la relación que lleva con sus maestros y compañeros (2000, pp. 91-95).

## **2.5 Tratamiento de la DI**

Después de haber obtenido un diagnóstico como el antes indicado, es conveniente llevar a cabo un tratamiento y la intervención educativa necesaria, con la finalidad de desarrollar al máximo el potencial de la persona con DI. Es importante mencionar que la DI no es curable ya que no es una enfermedad, pero con los tratamientos adecuados se podrá lograr "...el incremento de conductas adaptativas al medio social y la reducción de comportamientos que obstruyen el proceso de aprendizaje e integración social" (Verdugo, 1995, p. 595). De esta manera el tratamiento va dirigido hacia tres aspectos: médico, psicológico y pedagógico.



El **tratamiento médico** se lleva a cabo mediante la utilización de fármacos, aunque no está comprobado que éstos mejoren las capacidades cognitivas, pero pueden controlar los factores conductuales. De esta manera, deben ser suministrados “...en combinación con tratamientos de índole psicológico o conductual dentro de una acción multidisciplinar coordinada” (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 137). Si bien es importante aclarar que la elección del fármaco y el tiempo que será administrado dependerá del diagnóstico y severidad del trastorno. Siendo los más empleados para personas con DI los pertenecientes a los siguientes grupos:

- **Antipsicóticos:** son utilizados para el tratamiento de los trastornos psicóticos y otros cuadros como el síndrome de Tourette o el trastorno por tics. También se utilizan para el control de la conducta agresiva, la conducta auto-agresiva y otros trastornos de conducta severos. Entre los antipsicóticos se encuentran: el haloperidol, la risperidona y la clozapina<sup>34</sup>.
- **Antidepresivos:** Son administrados para el tratamiento de la depresión, también se utilizan para el tratamiento de conducta auto-agresiva, del trastorno obsesivo-compulsivo, del trastorno de pánico y del síndrome de Tourette.
- **Tranquilizantes e Hipnóticos:** Éstos se asocian con las alteraciones y ritmo del sueño ya que dichos síntomas son frecuentes en las personas que presentan alteraciones en el sistema nervioso, lo que puede ocasionar otras enfermedades mentales y afectar el funcionamiento cognitivo de la persona. De esta manera los tranquilizantes más comunes a recetar son: las benzodiacepinas y el zolpidem<sup>35</sup>.
- **Estabilizadores del humor:** son utilizados para personas que presentan un trastorno bipolar (maníaco-depresivo) caracterizado por cambios bruscos en su

---

TODAS ESTAS CITAS PARECEN TEXTUALES Y NO ESTÁ ENCOMILLADAS, REvisa Y CORRIGE DE SER NECESARIO

<sup>34</sup> El **haloperidol** “[...] es un medicamento que funciona para el tratamiento de las enfermedades mentales como la esquizofrenia, ansiedad, estados maníacos, trastornos de conducta e hiperactividad” (Medline Plus, *n.d.*, párrs 3-7). Mientras que en el caso de la **risperidona** “[...] es funcional para la esquizofrenia, problemas de conducta y cambios de estado de ánimo; con la finalidad de modificar la actividad de sustancias en el cerebro” (Medline Plus, *n.d.*, párr. 3). Y la **clozapina** “se emplea para personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia y manifiestan conductas suicidarse” (Medline Plus, *n.d.*, párr. 9).

<sup>35</sup> Las **benzodiacepinas** “[...] son tranquilizantes que retardan la actividad del sistema nervioso, asimismo disminuyen la tensión y ansiedad, y producen sensaciones de calma y relajación” (Infosalus, 2015, párr., 1-3). Mientras que el **Zolpidem** “[...] funciona para tratar el insomnio, de tal manera que facilita el sueño” (Medline Plus, *n.d.*, párr. 1).

estado de ánimo. De tales estabilizadores, los más utilizados son: el litio, la carbamacepina, el ácido valproico y otros como la lamotrigina y la oxacarbamazepina<sup>36</sup>.

Otros tipos de intervención llevada a cabo en el aspecto médico son:

- **Fisioterapia:** La cual tiene que ver con ejercicios físicos como caminar, gatear, subir escaleras, que son empleados para las personas con DI, en caso de tener algún problema al desarrollar sus destrezas motoras gruesas. Dicha terapia es llevada a cabo mediante la estimulación temprana con métodos específicos. Aunque cabe aclarar que no todos los casos de DI requieren dicho tratamiento.
- **Terapia ocupacional:** Tiene la finalidad de implementar ejercicios para que las personas con DI desarrollen sus destrezas motoras, como comer solos, cepillarse los dientes, vestirse, abrochar y desabrochar botones, peinarse, escribir, entre otros, que requieren para poder lograr ser lo más posible independientes. Es así que la terapia ocupacional hace énfasis en la manera que la persona con DI "...recibe [...] la información de los sentidos (tales como visión, oído, tacto y movimiento) y en sí responde ante ella de manera adecuada" (Smith, 1999, p. 189). Es decir, se trabaja en las destrezas motoras sensoriales de la persona con DI.

Respecto al **tratamiento psicológico** se emplea con la finalidad de solucionar los trastornos de conducta y adaptación. De tal manera que se lleva a cabo mediante los siguientes enfoques:

- **Psicoterapia:** Tiene la finalidad de implementar técnicas y métodos para que la persona con DI exprese sus emociones, pensamientos y sentimientos ante otra persona (psicoterapia individual) o ante varias personas (psicoterapia grupal).

---

<sup>36</sup> El **litio** "[...]" es un fármaco que sirve para reducir la actividad de episodios maníacos" (Medline Plus, *n.d.*, párr. 1). Mientras que la **carbamazepina** y el **ácido valproico** "[...]" reducen la actividad eléctrica del cerebro para controlar las convulsiones, la manía o algún trastorno bipolar" (Medline Plus, *n.d.*, párr. 1). Finalmente la **lamotrigina y la oxacarbamazepina** "...funcionan para reducir la actividad en el cerebro de las personas epilépticas" (Medline Plus, *n.d.*, párr. 1).

Siendo una de las partes importantes en este proceso el mejorar el autoestima, expresión emocional, independencia, etcétera; disminuir conductas como la agresión, autoagresión, impulsividad, entre otros; así como apoyar en el manejo de la depresión o ansiedad.

- **Terapia conductual:** Se utiliza para modificar la conducta de la persona con DI. De esta manera se pueden desarrollar programas educativos que beneficien a la persona con DI. Así, de acuerdo a Rusch y Mithaug "...las características del enfoque de análisis conductual aplicado en los programas desarrollados [para personas con DI]..." (Como se citó en Verdugo, 1995, p. 599). se caracterizan por:

1. ...entrenamiento individualizado,
2. observación directa y medición de respuestas,
3. técnicas y métodos de trabajo replicables,
4. registro continuo de datos,
5. tratamiento que abarca tres fases: adquisición, mantenimiento y generalización,
6. validez social de los programas de trabajo" (Como se citó en Verdugo, 1995, p. 599).

De esta manera, el modificar la conducta apoya "...el tratamiento de la agresión, el desafío, la hiperactividad, las estereotipias, las autolesiones, la pica, y el comportamiento asocial. [También para] enseñarse el entrenamiento del control de esfínteres, a vestirse y acicalarse, y las habilidades para comer" (Retraso mental..., *n.d.*, párr. 20). Para ello es conveniente la **terapia psicosocial**, la que tiene que ver con la adaptación familiar y comunitaria, en donde la intervención y los apoyos dan prioridad al logro de la autosuficiencia, el autocontrol, la independencia e inclusión social.

Y por último la intervención educativa, que tiene como finalidad proporcionar conocimientos escolares y sociales que favorezcan, lo más que se pueda, para

desarrollar el potencial cognitivo con miras a lograr su independencia, de tal manera que deben adaptarse programas educativos al nivel del desarrollo de la persona y de acuerdo a las necesidades educativas específicas y las BAYP que enfrente la persona con DI. De ahí que los apoyos educativos deben corresponder con el área de conocimiento en donde el educando presente algún déficit:

De esta manera el tratamiento beneficia a la persona con DI, recibiendo diversos apoyos por parte de los especialistas para “[...] aumentar las habilidades del lenguaje y del habla, motoras, cognitivas, ocupacionales, así como sociales, recreativas, sexuales y adaptativas...” (Retraso mental..., *n.d.*, párr. 21). Y con ello lograr su inclusión educativa y social.

## 2.6. Barreras para el Aprendizaje y la Participación

Antes de comenzar un trabajo de intervención educativa para la los niños con DI, los docentes regulares y los de apoyo, como antes indicó, deberán realizar una evaluación psicopedagógica, para obtener información de tres tipos: estilo de aprendizaje, nivel de competencia curricular y, contexto escolar y áulico del alumno. Para ello, se necesita recoger información que proporcionen los padres y los especialistas respecto a: los antecedentes médicos, información de su entorno familiar, antecedentes educativos y el rango de clasificación de la DI. De esta manera, se podrán definir las necesidades educativas específicas del alumno y determinar el tipo de apoyos que requiere y las adecuaciones curriculares necesarias<sup>37</sup>. Ya que hemos de recordar que los niños con DI:

[...] tienen un ritmo y estilo diferente para aprender respecto a la mayoría de personas de su misma edad y con frecuencia requieren de más apoyos como: usar un lenguaje sencillo, repetir indicaciones las veces que sea necesario, utilizar recursos educativos concretos o visuales para enfatizar algún tema, implementar estrategias didácticas

---

<sup>37</sup> Es conveniente indicar que de acuerdo a los cambios que se han venido haciendo en la nomenclatura para la EI, el concepto de **adecuaciones curriculares** ha sido sustituido por el de **ajustes razonables**. Entendidos éstos como: las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (SEP-DEE, 2011, p. 16).

dinámicas aprovechando el juego y la música, utilizar situaciones de enseñanza comprensibles, y establecer límites y reglas que favorezcan su interacción (SEP, *n.d.a*, párr. 26).

Lo que repercute de manera negativa en el ámbito educativo de los niños con DI ya que en la institución no se ha tenido el cuidado de eliminar las BAYP; es decir no se ha buscado resolver:

[...] los factores del contexto que dificultan o limitan el pleno acceso a la educación y a las oportunidades de aprendizaje de niñas, niños y jóvenes. [Las que] aparecen en relación con su interacción en los diferentes contextos: social, político, institucional, cultural y en las circunstancias sociales y económicas. Desde el enfoque de la educación inclusiva, este concepto rebasa al de las [NEE] ya que se centra en la interacción con el contexto y no como un problema inherente al alumno (CPGMDH, *n.d.*, p. 5).

Así, al conocer sus antecedentes que limitan su aprendizaje se implementaran los apoyos, los cuales “[...] son aquellos recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, educación, intereses y calidad de vida de una persona y que mejoran el funcionamiento individual” (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 95). Tales apoyos serán de dos tipos:

- **Apoyos naturales:** Corresponden a los “[...] recursos y estrategias facilitados por personas dentro de su propio ambiente y que posibilitan resultados personales y de rendimiento deseado” (SEP, 2010a, p. 13), tales como los “[...] maestros, compañeros, familiares, vecinos y amigos” (SEP, 2010c, p. 97).
- **Apoyos de servicio:** “Son proporcionados por trabajadores de instituciones de salud, educativa, de rehabilitación o de desarrollo social, y organismos no gubernamentales de la sociedad civil” (SEP, 2010a, p. 13), ya que los alumnos con DI “[...] podrán requerir de profesionistas especializados en lenguaje o psicomotricidad o [...] la atención de un psicólogo...” (SEP, 2010c, p. 97).

De esta manera los apoyos serán impartidos por el maestro de grupo, junto con los apoyos de la familia y por los especialistas, ya sea del equipo de apoyo de la escuela o de otra institución gubernamental o social. En cualquier caso, se debe trabajar de manera vinculada con el personal de la escuela. Así, después de

detectar las necesidades del alumno se debe realizar una propuesta de trabajo en la que se realicen adecuaciones curriculares y de acceso para que el niño con DI pueda acceder al currículum regular. Cabe mencionar que los alumnos con DI, difícilmente requerirán de adecuaciones de acceso (modificaciones en las instalaciones de la escuela o del aula, así como también modificaciones de materiales), pero sí requerirán de adecuaciones curriculares de orden metodológico y evaluativo, así como también en la dosificación de los contenidos y adquisición de las competencias. Es decir, requieren de que se les ofrezcan adaptaciones a sus necesidades educativas específicas, para que con base en éstas sean cubiertas en el currículum común, estableciendo una propuesta individualizada, pero a la vez con la participación de todo el grupo (García *et al.*, 2000, p. 132).

Se trata de sujetos que por sus características enfrentan problemas en su desarrollo cognitivo, psicomotriz y afectivo, condición que requiere de un conocimiento preciso, para poder ofrecer los apoyos necesarios para promover una EI. Ello implica definir cuál es el grado de independencia y de ayudas que cada caso requiere con la finalidad de definir las condiciones en que se deben promover para lograr sus aprendizajes y apoyos, los que pueden ir modificándose, disminuyendo o eliminándose según sean los logros que cada caso. Así, las adecuaciones curriculares se realizarán de acuerdo a las características específicas de cada estudiante. De esta manera, las partes que se debe trabajar para la inclusión de las personas con DI tienen que ver con la capacidad de retención de información, con el desarrollo cognitivo, con la conducta social, ritmo de aprendizaje y con los aspectos afectivos que su condición genera.

En cuanto al desarrollo cognitivo del niño con DI, es común que se vea afectada la memoria, la atención, el lenguaje y la percepción, lo que lleva a que su aprendizaje sea lento y tengan serias dificultades para realizar sus actividades por sí solo; además tiene dificultades para poder organizar sus actividades cotidianas y escolares (Cardona, Arámbula & Vallarta, 2011, pp. 15-16).

Por lo tanto, se deben implementar actividades que favorezcan “[...] las relaciones entre la actividad simbólica (imitación, imagen mental, juego, dibujo y lenguaje) y las habilidades del pensamiento (asociación visual y auditiva, memoria visual y auditiva), que se establecen por medio del juego...” (SEP, 2010a, p. 24).

Aunque cabe mencionar que los alumnos con DI muestran dificultad para hablar bien, unos más que otros (dependiendo del nivel de DI), lo que causa problemas en el desarrollo de su inteligencia (Cardona *et al.*, 2011, p. 17); sin embargo, son niños que no pierden el interés por comunicarse. “De ahí [que también sea importante...] favorecer las habilidades a través del juego, la psicomotricidad y la expresión de afectos” (SEP, 2010a, p.42).

Todo esto nos lleva a tener que reconocer que los niños con DI deben trabajar aspectos como:

1. *Psicomotricidad:*
  - a) Actividad muscular gruesa.
  - b) Caminar, saltar, marchar.
  - c) Juegos de movimientos; rodar una pelota, boliche, rebotar y botar la pelota, botar y caminar, botar y aplaudir, botar y dar vuelta.
2. *Expresión oral*
  - a) Actividades de identificación.
  - b) Adivinanzas.
  - c) Identificación de las partes del cuerpo.
  - d) Integración del esquema corporal.
  - e) Rompecabezas.
3. *El placer de escuchar*
  - a) La música.
  - b) El ritmo.
  - c) Los cuentos.
4. *La discriminación auditiva*
  - a) Comparación de sonidos del medio ambiente.
  - b) Asociación de ideas.
  - c) Reconocimiento de palabras que riman.
  - d) Juegos para la memoria secuencial auditiva (SEP, 2010a, pp. 38-43).

Respecto al desarrollo psicomotor del alumno con DI presenta desventajas que se manifiestan en sus movimientos, en la incorporación de su esquema corporal y en las nociones de tiempo y espacio, lo que afecta su desarrollo motriz. De ahí que

para contrarrestar tal problemática, se pueden implementar ejercicios sensoriales y motrices.

Por ello en cuanto al espacio y tiempo, el alumno con DI no tienen muy claros dichos conceptos ya que su percepción no les permite comprenderlos. Es por ello que se debe:

- Dar estimulación vestibular desde los primeros meses.
- Partir siempre desde lo significativo para el niño
- Ofrecer experiencias psicomotoras, apoyando su ejecución con conceptualizaciones como: me paro, me siento, subo el pie, etc.
- Trabajar utilizando los contrastes, al enseñar nociones espaciales o temporales (MINEDUC, *n.d.*, p. 30).

Respecto a las necesidades de interacción social y afectiva se refiere a la manera de convivencia del alumno con el profesor, compañeros, con su familia y con sus preferencias o intereses y motivaciones. Características base para la estabilidad emocional de los niños con DI. Por lo que, explorar lo que le estimula ayudará a conocer sus motivaciones para ajustar la intervención educativa. Con ello, se pueden emplear estrategias que favorezcan la motivación, tales como: utilizar frases que aumenten su autoestima, crearles una atmosfera de respeto y comprensión, reconociendo y aceptando las diferencias individuales; así como trabajar en equipo con sus compañeros y de manera individual para que el alumno se dé cuenta de sus capacidades y esfuerzo.

De esta manera se debe preparar el contexto escolar implementando las medidas y recursos de apoyo que el alumno con DI requiera para participar en todas las actividades al igual que sus demás compañeros. De tal forma que se eliminen, en la medida de lo posible, todas las BAYP que pudieran incidir en la inclusión educativa de los niños con dicha condición. Para ello se debe:

- Revisar y ajustar el Proyecto Educativo Institucional (PEI), en conjunto con las autoridades y con la comunidad educativa, para acoger y dar respuesta a las NEE de los niños y niñas.
- Informar a toda la comunidad educativa acerca del programa de integración y apoyo a las NEE, con y sin discapacidad, de la escuela o centro, mediante



paneles, boletines, revistas u otros medios de comunicación del establecimiento [...].

- Realizar charlas y otras acciones de comunicación interna destinadas a informar e involucrar positivamente a todos/as los/las miembros de la comunidad educativa (educadoras, administrativos/as, niños/as, auxiliares, personal de aseo, etc.), respecto al programa de integración y la apertura de la escuela o centro para atender las NEE.
- Entregar apoyos y herramientas para atender las NEE, incorporándolo en el plan anual de capacitación del equipo del centro.
- Adaptar los instrumentos internos de manejo de información, como fichas, pautas de observación o de entrevista, anamnesis u otras, para que recojan los antecedentes necesarios para trabajar con los niños y niñas que presenten NEE, y sus familias.
- Promover una relación positiva y natural con los niños y niñas que presentan NEE, de parte de todos/as los/las integrantes del centro, docentes, pares, padres y apoderados, facilitando que sean visualizados desde la perspectiva de sus fortalezas y posibilidades de desarrollo [...]
- Fomentar en los niños y niñas con NEE, conductas de autonomía e independencia, brindando el apoyo estrictamente necesario para su normal desenvolvimiento y protección de su seguridad, en el jardín o en la escuela.
- Prevenir situaciones de riesgo, anticipándose a los peligros a los que pueden estar expuestos los párvulos, tanto en el ámbito físico (elementos cortantes, enchufes a su alcance...), como social (agresiones, abuso, etc.), generando condiciones seguras para ellos/ellas.
- Favorecer la interacción y comunicación con los niños y niñas con NEE, procurando que diversos miembros de la comunidad educativa, se capaciten para ello.
- Trabajar en colaboración con el profesor/a de educación especial. Si el centro de educación no cuenta con este apoyo, gestionar maneras de conseguirlo [...].
- Eliminar las barreras sociales que limitan y condicionan la participación de los niños y niñas con NEE en las distintas actividades programadas dentro y fuera del establecimiento educacional. Propiciar la incorporación de ellos y ellas en paseos recreativos, salidas pedagógicas, excursiones, etc., evitando conductas de sobreprotección y temor de que les pueda suceder algún evento no deseado (accidente) (MINEDUC, *n.d.*, pp. 22-23).

Para ello, los profesores y los especialistas en alguna discapacidad, el trabajador social y el psicólogo, el equipo multidisciplinario de los CAPEP y de las USAER, tendrán la responsabilidad de apoyar la EI de cada caso. Ya que sus funciones específicas que les corresponden es brindar atención al Sistema de Educación Regular para posibilitar la EI, además brinda los recursos metodológicos para las actividades de aprendizaje en las clases y brinda orientación a los padres y profesores.

En el caso del psicólogo, su interés está en el desarrollo cognitivo y socio-afectivo de los alumnos con necesidades educativas específicas, así como la aportación

de estrategias psicopedagógicas para fortalecer su proceso de Inclusión educativa.

El Trabajador Social contribuye a desarrollar acciones que eviten las BAyP en su proceso de inclusión, trabajando en los ámbitos: comunitario y socio-familiar que interfieren en el proceso de aprendizaje del alumno (SEP, 2003, pp. 98-99).

El docente de Lenguaje es indispensable cuando la institución lleva a que se den BAyP de los alumnos que tiene necesidades educativas específicas en el aprendizaje del lenguaje, sobre todo para su comunicación en el aula con sus compañeros y el docente. Cabe mencionar que se trata de una problemática típica de los niños con DI.

De tal manera que los niños con DI son parte de la sociedad, por lo tanto tienen los mismos derecho que el resto de los niños, por lo que es obligación de la escuela cumplir con sus funciones de realizar las adaptaciones curriculares para que tales niños con DI continúen con su escolarización lo más regular posible.

### **CAPÍTULO 3.**

## **EL PROCESO SEGUIDO PARA LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: EL CASO DE RODRIGO**

Hoy en día queda claro que no todas las investigaciones se tienen que desarrollar bajo un enfoque cuantitativo, sobre todo cuando éstas son de procesos educativos en los que la mayoría la realidad referida no debe ser reducida a datos, porcentajes o índices; no sólo porque se empobrece su explicación, sino además porque se niega su especificidad. Esto nos llevó a comprender: “La investigación [como...] un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (Hernández, Fernández & Baptista, 2011, p. 4). Condiciones que no van en contra sentido con la investigación cualitativa, ya que dicha sistematicidad, criticismo y fundamento empírico le son inherentes, sólo que recuperando otro tipo de fuentes de información como la descripción y la narración.

Es así que debemos entender el enfoque cualitativo de la investigación, como “...un proceso basado en la exploración, inducción y descripción, orientado a recolectar y a analizar información descriptiva y narrativa” (Hernández *et al.*, 2011, p. 7), para comprender una realidad por descubrir, construir e interpretar, a través de las percepciones y significados que pueden aportar tanto el investigador como los investigados. En éste la indagación es flexible y abierta, sin que lo descubierto se emplee para generalizar la explicación a una población a partir de una muestra “representativa”; sino a través de un estudio focalizado que muestran en profundidad cómo es esa realidad que se investiga.

En ésta la triangulación<sup>38</sup> de datos se orienta a proporcionar los significados y experiencias de las personas; ya que el investigador comprende y explica a través de la observación, descripciones y narración de los participantes (Hernández *et al.*, 2011, pp. 12-13).

En correspondencia con este enfoque cualitativo está el estudio de caso, un método que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de uno o varios casos dependiendo de lo que se busca conocer. De ahí que este método sea utilizado para comprender en profundidad la realidad social y educativa que se investiga (Sabariego, Massot & Dorio. Como se citó en Bisquerra, 2004, pp. 310-311); un método que:

[...] tiene sus orígenes en la investigación médica, psicoanalítica y en algunas de las investigaciones [realizadas por sociólogos...]. Su llegada a la educación se inicia con la revaloración de la llamada investigación cualitativa, aquella que no se reduce a la información numérica, datística o estadística, sino que se centra y se amplía a las descripciones-interpretación y evaluaciones que los investigadores puedan elaborar sobre una unidad (un sujeto, un programa, una institución) a partir de precisar la intencionalidad que ellos tienen sobre lo que investigan. Es decir, se trata de investigaciones holística y plenamente focalizadas (Álvarez, 2010, párr. 1).

Se trata de un método que por sus orígenes y usos se ha venido diversificando, de ahí que se pueda decir que hay diferentes formas para su clasificación. En el caso de Sharan Merriam los estudios de caso pueden ser *descriptivos* cuando se presenta un informe detallado del caso, de manera puramente descriptiva, sin fundamento teórico ni hipótesis previas; *interpretativo* cuando éste aporta descripciones densas y ricas con el propósito de interpretar, categorizar y teorizar sobre el caso; y *evaluativo*, en el que además de describir se explica y se emiten juicios de valor que constituyan la base para tomar decisiones (Sabariego, Massot & Dorio. Como se citó en Bisquerra, 2004, pp. 314-315).

Mientras que para Stake los estudios de caso pueden ser de tipo: *intrínsecos*, cuando el propósito de éstos es lograr una mayor comprensión del caso en sí

---

<sup>38</sup> "La triangulación es una estrategia para comparar información de diferentes fuentes que nos refieren una misma dimensión del objeto de investigación y que sirve para determinar la validez de las afirmaciones que se hacen al elaborar una explicación" (Imberón, 2009, p. 24).

mismo y no se persigue generar ninguna teoría ni generalizar los datos; *instrumental de caso*, cuando la intención es analizarlo para obtener mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico, lo que hace que el caso pase a un lugar secundario, es un instrumento para conseguir otro fin indagatorio, y *estudio colectivo de casos*, cuando la investigación se orienta al análisis de un fenómeno, problema o población para identificar sus diferencias y con ello encontrar con claridad cuáles son éstas (2007, pp. 16-17).

Finalmente para Álvarez éste se debe clasificar dependiendo del tipo de informe que se tiene que recabar y el fin que con ella se tiene, de ahí que los estudios de caso pueden ser: *descriptivo-interpretativo*, *evaluativo-interpretativo*, de *intervención-descriptivo* o de *intervención-evaluativo* (2010, párr. 27). Diversidad que por el tipo de investigación que aquí pretendo, me llevó a seleccionar la de tipo descriptivo-interpretativo<sup>39</sup>, ya que mi búsqueda se orientó a: “[...] describir el proceso que se ha seguido en una etapa de la vida del caso, haciendo relevantes los aspectos según sea la delimitación y la intencionalidad investigada que se tiene con respecto [a éste...]” (Álvarez, 2010, párr. 35).

Un modelo de estudio de caso que toma como fundamento para la estructuración de la explicación, las preguntas que se puede hacer el investigador; y que en mi caso son las siguientes:

- *¿Cómo se seleccionó del caso?*
- *¿Cómo se dio el ingreso a la institución donde está integrado el caso?*
- *¿Cómo fue el desarrollo pre, peri y posnatal del caso?*
- *¿De qué manera se identificó y diagnosticó el caso?*
- *¿Cómo fue la evaluación psicopedagógica para la escolarización del caso?*
- *¿De qué manera se dio su inclusión en el centro escolar?*
- *¿Qué prospectiva se puede hacer del caso?*

---

<sup>39</sup> Para desarrollar ésta he recabar información a través de diferentes fuentes, entre las cuales están: la entrevista, el estudio de documentos personales, diarios, cartas; evaluaciones psicológicas, físicas o sociológicas; entrevistas a informantes clave, etcétera (García, 1992, p. 58).

Preguntas que traduje en enunciados temáticos, los cuales integran este capítulo y que a continuación desarrollo.

### **3.1. Proceso seguido para la selección del caso**

La primera acción que se llevó a cabo para comenzar el estudio de caso fue ubicar un centro en donde se incluyera a un niño que presenta NEE y alguna discapacidad. Requerimiento que se tenía para el trabajo académico en la Opción de Campo: Integración/Inclusión Educativa de la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional-Unidad Ajusco (UPN-UA), con el objetivo de lograr nuestra formación vinculándola a procesos prácticos y consolidar la elaboración de una investigación para la elaboración de nuestra tesis.

De esta manera, lo primero que hice fue dirigirme a la Fundación John Langdon Down<sup>40</sup>, ubicada en Selva #4, Col. Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán; al llegar a ésta me dirigí a la secretaria de la institución para preguntar, que qué tenía que hacer para poder acceder a la institución. Ésta me canalizó con la Lic. Mónica Méndez Díaz, Coordinadora académica del centro. En ese momento ella me indicó que tenía que enviar a la Fundación mi proyecto de investigación para que fuera analizado por las autoridades correspondientes y ver si era viable de acuerdo con las políticas de la institución. Así que llevé el proyecto de investigación que estábamos elaborando en el *Seminario de Tesis I* y que yo registraría una vez que fuera aceptada para poder elaborar el documento con el que me titularía. Sin embargo, después de dos semanas no recibí respuesta alguna.

Esto me llevó a ir a una institución privada, cuyo nombre es Integración Down I.A.P.<sup>41</sup>, la que está ubicada en Calle Galeana No. 17, Col. Santa Úrsula Xitla,

---

<sup>40</sup> Cabe destacar que tal institución se dedica a la EE de personas con Síndrome de Down, y en ella se certifica la educación de los alumnos.

<sup>41</sup> Dicha institución se encarga de brindar apoyos educativos de EE para la población con Síndrome de Down, así como promueven la integración hacia las escuelas de educación básica regular.

Tlalpan. Al visitar dicho lugar no hubo quién me pudiera atender, por lo que sólo me proporcionaron un número telefónico para poderme comunicar, al día siguiente me comuniqué y les expliqué el motivo de mi visita y así poder concertar una cita. Para ello me proporcionaron el siguiente correo electrónico *integracion@integraciondown.org*, al que envié mi proyecto para que lo revisaran, teniendo que quedar en espera de una respuesta, donde me indicaran sí me darían una cita. Lo que me llevó a tener que esperar por dos semanas más sin recibir respuesta alguna<sup>42</sup>.

Al ver que no llegaba respuesta alguna, decidí seguir buscando otras instituciones, para poder realizar mis prácticas y por lo tanto conseguir un caso para la realización de mi tesis. Esto me llevó a ir a la *Asociación Mexicana Pro Niño Retardado A.C. (AMPRE)*, una asociación orientada a la atención de niños con discapacidad intelectual y que se ubica en Prolongación Calle Chica, No. 8, Col. Toriello Guerra, Del. Tlalpan. Al llegar a esta institución me atendió la Licenciada Fátima Tirado Gómez Duplan, Directora de la Asociación, quien me preguntó: *¿Cuál es el motivo de tu visita a esa institución?* (Plática informal, 13/08/12), a lo que le respondí que yo era estudiante de la Licenciatura en Pedagogía de la UPN-UA y que me encontraba cursando el séptimo semestre de esta licenciatura, en la Opción de Campo Integración/Inclusión Educativa, donde se me requería que consiguiera una institución en donde se incluyera a niños con NEE y con discapacidad, por lo que le solicitaba a ella el que se me autorizara integrarme a la institución para realizar mis prácticas académicas apoyando el trabajo institucional, de preferencia con un niño en particular. Al enterarme la licenciada de lo que yo requería ella me dijo: *Antes que nada, yo necesito ver tu proyecto de investigación para tener información más precisa sobre lo que quieres hacer y poder decirte si es posible darte acceso, por lo que te pido me traigas una solicitud oficial de la institución en donde estás realizando tus estudios* (Plática informal, 13/08/12). Al finalizar me indicó que en tres días regresara para que le entregara dichos documentos.

---

<sup>42</sup> Es conveniente indicar que la respuesta de aceptación la recibí mes y medio después, cuando ya tenía seleccionado el caso que desarrollaría en esta investigación.

En ese momento me comuniqué con el responsable de la Opción de Campo y asesor de mi tesis, explicándole lo que me pedían. En ese momento él me dijo: *Querida Agueda, sí puedes hacer ahí las prácticas, siempre y cuando te den acceso a la información. Tú puedes indicar que apoyarías a un niño. De la carta necesito me indiques con precisión a quién dirigirla, qué puesto tiene, si es Lic. Mtra., Dra., o ¡qué!, si hay que enviar copia a alguien, la dirección de la institución y todo lo que ellos consideren necesario.* En el lapso de los tres días, platicando con una tía me dijo que en la primaria donde asiste su hijo, había un niño que tenía alguna discapacidad y que ella le había comentado a su mamá del trabajo que yo tenía que hacer en la Universidad, a lo que respondió la señora que ella estaba de acuerdo con que trabajara apoyando a su hijo y que sobre eso hiciera mi tesis. Además mi tía le pregunto a la señora el tipo de discapacidad que tenía su hijo, a lo que la señora le respondió indicándole que lo único que sabía, es que al niño se le había diagnosticado un déficit de aprendizaje (sin que indicara en dónde se realizó dicha valoración). Lo que me llevó a comentarle a mí Asesor, quien me dijo: *Querida Ague, tú eres la que tiene que decidir. Recuerden que si tienen acceso a la información, eso es mejor. Si el niño tiene problemas de aprendizaje, también debe ser incluido en la escuela, a través de adecuaciones curriculares para resolver los problemas que enfrentan para acceder al currículum regular. Pero tú decide* (Plática informal, 17/08/12).

De tal manera que al verme afectada por la espera de respuesta en esta última institución y el saber que no sólo era el trámite con ésta, sino que posteriormente tendría que hacer la petición a los padres para poder acceder a un caso dentro de la AMPRE, tomé la decisión de ir con la señora y el niño que me propuso mi tía, un niño que era compañero de mi primo en su escuela. Para ello mi tía me concertó una cita con la mamá del niño (Rodrigo), la que se llevaría a cabo el lunes 20 de agosto de 2012 por la tarde en la casa de la Sra. Rosa. Al llegar me presenté con ella y le expliqué lo que pretendía hacer, indicándole que yo era estudiante de la Licenciatura en Pedagogía de la UPN y que como parte de mi proceso de



formación tenía que realizar una tesis, en la que yo explicara la manera como trabajé para apoyar la inclusión educativa de algún niño con discapacidad y de ser preferible que contara con el apoyo del Subsistema de Educación Especial. En ese momento la Sra. Rosa me dijo: *Me parece bien y agradezco el que puedas darle un apoyo a mi niño, pues yo pienso que él puede y le hecha ganas, además de que yo hago todo lo que me dicen en la escuela y en el hospital donde él va* (Plática informal, 20/08/12). Además le pregunté a la Sra. ¿qué tipo de discapacidad tiene Rodrigo?, a lo que ella me respondió: *Déficit de aprendizaje de atención* (Plática informal, 20/08/12). Momento en el que la Sra. Rosa me dio su aval para trabajar con Rodrigo y que me llevó a seleccionarlo como el caso de mi investigación.

Es conveniente indicar que al enterarme del diagnóstico que su mamá me indicó, tuve la idea de que él podría tener Trastorno del Déficit de Atención (TDA) o Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H); ya que la señora me había indicado que él había sido diagnosticado con dicho trastorno, sin darme más datos.

### **3.2. Condiciones para ingresar a la institución donde está integrado Rodrigo**

Una vez acordado con la mamá del niño el que yo pudiera apoyar para su inclusión educativa y que él fuera mi caso para la elaboración de mi tesis de grado en la Licenciatura en Pedagogía. Me dirigí a la escuela primaria donde él asistía a clases. Al llegar a ésta pedí entrevistarme con la Directora del plantel, sin embargo, su secretaria (Profa. Ana Luisa Argumedo Belchez) me indicó que en ese momento no se encontraba, pero que le explicara cuál era el motivo de mi visita. A esto yo le respondí que en la institución donde yo estoy estudio me exigían desarrollar prácticas académicas con un niño que presente algún déficit o discapacidad y que estuviera apoyado por EE para lograr su inclusión educativa. Además le indique que yo ya había hablado con la mamá de Rodrigo y que ella

estaba de acuerdo con que yo fuera una profesora sombra<sup>43</sup> para apoyar el trabajo que los profesores regulares y de apoyo que venían realizando con el niño, por lo que solicitaba se me permitiera ingresar a la escuela para cumplir con dicha función (Plática informal con Secretaria de la Escuela, 24/08/12). Al concluir esta explicación la Profa. Ana Luisa Argumedo Belchez, me contestó: *Yo le voy a comentar a la Directora, pero yo creo que no habrá ningún inconveniente, sólo te voy a pedir que traigas el día que puedas el oficio de la Universidad* (Plática informal, 24/08/12).

En ese momento yo me retiré y al día siguiente fui a la UPN con el responsable de la Opción de Campo, para solicitarle que me elaborara una carta institucional en la que indicara en qué condiciones, qué días y en qué horarios asistiría a la escuela. Al llegar con él me elaboró un oficio institucional en el que se indicaba lo siguiente:

Por medio de ésta me dirijo a usted, para solicitar, de la manera más atenta, que permita a la alumna Agueda Coral Aburto Puebla, con número de matrícula 09205761 y quien cursa el 7 semestre de la Opción de Campo 'Integración/inclusión educativa' en la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, para que realice sus prácticas académicas en dicha institución. Dichas prácticas se realizarán los días viernes de 8:00 a 14: hrs., durante todo el ciclo escolar (2012-2013), iniciando el 7 de septiembre de 2012 y concluyendo el 28 de junio de 2013, para que la estudiante conozca y apoye el proceso de inclusión educativa de un niño con NEE. Es importante indicar, que esta experiencia y conocimiento fortalecerá su formación como futura profesional en el campo de la Pedagogía y de la educación en nuestro país (Anexo 1).

Una vez que tuve firmada y sellada la carta, regresé a la escuela primaria para llevarla. Ya estando en la escuela primaria me dirigí con la Profa. Argumedo a quien le pregunté por la Directora, a lo que me respondió: *La Directora no se encuentra pero me indicó que no había problema alguno para darte permiso para que puedas realizar tus prácticas profesionales con Rodrigo en su salón de cuarto grado. Sólo déjame el oficio que la Universidad expidió y puedes ingresar el día que tú quieras* (Plática informal, 31/08/12).

---

<sup>43</sup> Un **profesor sombra** es aquel que acompaña el aprendizaje del alumno con NEE, es decir: "[...] es un asistente educativo que trabaja directamente con un único niño con necesidades especiales durante sus años de preescolar y primaria [...]. Proporcionar una maestra sombra permite al niño asistir a clase mientras está recibiendo la atención extra que necesita. Los profesores sombra están extensivamente capacitados para ayudar al estudiante a interactuar con los demás y ayudarle con tareas escolares" (Sáez, *n.d.*, párr. 2).

De esta manera es como yo pude iniciar mis prácticas profesionales con el caso que seleccioné, lo que dio comienzo el viernes 7 de septiembre de 2012.

### **3.3. Desarrollo pre, peri y posnatal del caso**

Los padres de Rodrigo son nativos de Loma Grande Orizaba en el estado de Veracruz. Su papá llegó a la ciudad del Distrito Federal a los 20 años aproximadamente, posteriormente la Sra. Rosa alcanzó a su esposo y aquí en la ciudad se casaron. Ya indagando en su historia de vida de los padres, le pregunté a la Sra. Rosa si sabía de algún pariente o familiar que tuviera algún antecedente de alguna discapacidad, a lo que me respondió: *Mi mamá tiene una hermana que tiene un hijo, viene siendo mi primo quien es de Orizaba, que es discapacitado, el cual definitivamente no habla, sólo se comunica con algunas señas, actualmente ha de tener como 25 años, sí escucha porque cuando le llamas por su nombre, se llama Pedro, voltea y te pone atención. No es una persona muy especial ya que camina pero está como encerrado en su mundo, es como un niño, y nunca ha recibido algún apoyo ni ninguna educación* (Plática informal, 10/01/14). Pero en realidad no saben si realmente el joven tiene alguna discapacidad porque no ha llevado ningún tipo de investigación ni de tratamiento.

Respecto del embarazo de Rodrigo, me comentó que fue producto de un embarazo no planeado pero sí deseado; la Sra. Rosa tenía 27 años y se trataba de su cuarto embarazo y su padre tenía 32 años de edad. La familia estaba integrada por ellos y tres hijos, Manuel de 6 años, Carmela de 4 años y Alejandro de 2 años, de los cuales no tuvieron ninguna discapacidad y fueron producto de embarazos completamente “normales”, sin ninguna dificultad. Ya con el embarazo de Rodrigo tampoco hubo ningún inconveniente, también fue un embarazo “normal”. Al respecto la mamá de Rodrigo me comenta: *El embarazo de Rodrigo fue normal, no tuve ninguna enfermedad, como tuve mis hijos seguidos, casi se*

*llevan por dos años, ya embarazada (de Rodrigo) cargaba a Alejandro, pero nunca me sentí mal y no me hice ningún ultrasonido de Rodrigo pero sí iba a las consultas que el Doctor me decía. No tomé ningunas vitaminas, sólo ácido fólico, y nunca me diagnosticaron anémica ni con bajo peso (Plática informal, 10/01/14).* También me comentó que durante el proceso de gestación del niño no tuvo ninguna enfermedad ni tuvo problemas de anemia, pero que su médico no le indicó que tenía que guardar reposo; por lo que al no trabajar se dedicaba de lleno a las labores del hogar. Indicándome que antes y durante su embarazo su estado de salud era bueno y que nunca tuvo alguna enfermedad grave ni ningún inconveniente.

Lo que la llevó a comentarme que tanto con sus hijos anteriores con el embarazo de Rodrigo asistía a sus consultas con el mismo Doctor particular cada dos meses, al respecto me dijo literalmente: *Con el Doctor particular me alivie de mis demás hijos, menos de Rodrigo porque como nació un sábado, no pudimos localizar al Doctor, ya lo habíamos ido a buscar hasta Xochimilco y hablado por teléfono pero nunca lo encontramos. Entonces nos fuimos [ella y su esposo] para el hospital Santa María Tepepan [Sanatorio]. Me acuerdo que había tráfico y mejor nos bajamos caminando porque ya sentía mucho dolor y sólo me paraba tantito y me sentaba para que se pasara un poco el dolor y después seguía caminando, hasta que llegamos al hospital. Llegando ahí, entramos a urgencias porque ya casi iba dando luz en el taxi, nos atendió una doctora y mi esposo le dijo que no habíamos localizado al Doctor que me atendía durante el embarazo. La Doctora me atendió rápido y como a los 20 minutos que llegué nació Rodrigo. (Plática informal, 10/01/14).*

Él nació de nueve meses por parto normal, a las 2:00 de la tarde. De lo anterior me comentó: *Ahí no tuve ninguna complicación ni tampoco Rodrigo, la Doctora me dijo que había nacido bien y que no había habido ninguna complicación, pero de él me pusieron anestesia porque de mis otros hijos no me pusieron. pero en ese hospital no me quede, todavía de mis otros hijos, me quedaba un día, y al otro día*

*ya me daban de alta, pero de Rodrigo no, nació como a las 2:00 más o menos, no me quedé ni una noche, y como a las 7:00 de la noche me dieron de alta.* (Plática informal, 10/01/14). De tal manera que Rodrigo nació exactamente el 13 de diciembre de 2012 a las 14:07 horas, teniendo 39 semanas, midiendo 50 cm., pesando 2.9 kg y con una calificación de Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración (APGAR) de 7. Todo esto se indica en el certificado médico. Además se indica: "Enfermedad o lesiones del Recién Nacido: Ninguna" (Anexo 2).

Al siguiente día de que nació Rodrigo lo llevaron al consultorio donde la Sra. se atendió durante todo su embarazo. Al respecto me comenta: *El Doctor que me atendía me dijo que había nacido bien y que no había ningún problema, pero tampoco le hicieron ningún estudio, porque es particular, y tampoco como ahora que ya les hacen otros estudios como el tamiz o estudios del oído* (Plática informal, 10/01/14). Es decir, sólo se le hizo al niño una revisión general, sin valorar aspectos específicos como: tamizaje, audiometría, exámenes de sangre o la prueba del talón.

Durante los primeros meses de Rodrigo todo marchó bien, no tuvo ninguna enfermedad y su mamá lo llevaba a revisión cada que le tocaba consulta. La Sra. me comenta: *Rodrigo no fue enfermizo, lo único que sí es que lo amamante hasta que me faltaba como cinco meses para que naciera Diego (su último hijo), ósea, estaba embarazada cuando Rodrigo aún mamaba porque no quería dejarla* (Plática informal, 10/01/14). Es decir, aproximadamente al año y medio o dos Rodrigo dejó de ser amamantado. También me comentó que Rodrigo ha recibido todas sus vacunas, y que ni gateaba ni utilizó chupón, sólo después de amamantarlo utilizó mamila pero como cinco meses y la dejó. Comenzó a caminar como al año y medio, a lo que me comentó: *de hecho todos mis hijos se tardaron para caminar y tampoco gatearon, incluyendo a Rodrigo que tampoco lo hizo pero empezó a caminar pasadito el año y medio* (Plática informal, 10/01/14). También me comentó que durante sus primeros tres años Rodrigo se la pasaba mucho con

su abuelita y que su mamá lo dejaba sólo en un cuarto porque la Sra. se iba por sus demás hijos a la escuela y entonces no se lo llevaba, de lo que me dijo: *sólo se me quedaba viendo desde la ventana y no lloraba*. Lo único que sí es que *sí le costó mucho hablar, pues no pronunciaba las palabras sino sólo mamá o papá pero se le entendía poco, y entonces lo llevé con el pediatra pero que él me dijo que era normal, que porque había niños que se tardaban más que otros. Pero de hecho entro al kínder y no hablaba* (Plática informal, 10/01/14).

Lo antes indicado me llevó a concluir que la DI de Rodrigo no se generó debido a algún problema durante el proceso de gestación y de nacimiento. Sin embargo, algunas de los comportamientos y su manera de comunicarse con los papás y sus hermanos, llevó a que los padres buscaran la manera de hacer una valoración al niño para ver qué estaba pasando, dado que él no hablaba y sólo pronunciaba algunas palabras, a pesar de que ellos buscaban la manera de estimular su aprendizaje.

### **3.4. Identificación y diagnóstico del caso**

Cuando Rodrigo ya tenía 3 años casi no hablaba y sólo decía mamá o papá, pero otras palabras no las pronunciaba, lo cual le preocupaba a su mamá ya que ella pensaba que ya era edad para que hablará más, por lo tanto lo llevó con el pediatra quien le dijo que no había algún problema con él, y que de hecho era normal y que no había prisa para que hablará.

Incluso cuando Rodrigo ingreso al *Kínder*, de 4 años 8 meses, aun no hablaba y cuando pronunciaba algunas palabras se le dificultaba para comunicarse con su familia. Al respecto su mamá me comentó: *de hablar si le costó mucho, entonces casi nada más decía mamá o papá, pero para otras palabras se trababa y cuando entró al kínder no hablaba muy bien sino que le costaba mucho para hacerlo* (Plática informal, 10/01/14). Tampoco interactuaba con otras personas que no

fueran de su familia, al respecto su mamá me dijo: *Antes de entrar al kínder nunca convivió con otros niños, sino sólo con sus hermanos, por lo tanto no era sociable, porque no salíamos ni a fiestas y cuando íbamos al parque jugaba solo o con sus hermanos* (Plática informal, 10/01/14).

El primer día de *Kínder* Rodrigo se puso a llorar al no querer entrar a la escuela y la mamá pensaba que era porque él no había interactuado antes con otros niños, además de que ese día lo llevó su papá; sin embargo, al día siguiente que lo llevó ella también se comportó de la misma manera, continuando así a lo largo de todo el ciclo escolar. La Sra. me comentó: *El primer día que entró al kínder lo llevó mi esposo porque yo fui a la primaria con mis demás hijos, y al segundo día yo pero no quería entrar a la escuela y hacia berrinche, lo cual me causaba asombro pues cuando lo dejaba solo nunca lloraba, entonces no lo traía siempre conmigo. Incluso de todo el año que lo llevé al kínder lloró, y de todo el año que estuvo serían como 10 veces que no entró llorando, y cuando íbamos a las juntas me tenía que salir a escondidas o la maestra lo tenía que agarrar. Y hasta las maestras me dijeron que tal vez porque yo no lo llevé el primer día se ponía así, y también me decían que Rodrigo estaba muy apegado a mí, pero yo les decía que no, porque no lo llevaba siempre a todos lados que yo iba, sino que lo dejaba sólo en casa cuando yo iba por sus hermanos a la escuela, y de hecho, una maestra me comentó que posiblemente por eso surgió su discapacidad, porque yo lo dejaba sólo* (Plática informal, 10/01/14). Una situación que resulta absurda pues la DI no puede tener como origen el que una mamá lleve o no a su hijo a la escuela o si lo deja solo en casa, algo que muestra el nivel de ignorancia de algunos docentes.

Al no hablar y no comunicarse con alguien en el *Kínder*, la profesora de grupo y la directora, empezaron a sospechar que Rodrigo podría tener algún problema de lenguaje, a pesar de que la Sra. Rosa les indicaba que él si hablaba poco con los integrantes de la familia y que pudiera ser que no lo hiciera con su profesora ni con sus compañeros porque era tímido. Al respecto me dijo la Sra. Rosa: *la*

*maestra se dio cuenta que no hablaba y lo poquito que hablaba en casa, en la escuela no hablaba nada, no platicaba con nadie, estaba ahí solito y la psicóloga que estaba ahí lo estuvo tratando casi todo el año, a mí me hacía entrevistas y nos la pasábamos una vez por semana pero nada que avanzó en cuanto a hablar. La psicóloga me preguntaba si platicaba en casa, si jugaba con sus hermanos y que si era callado igual en casa que en la escuela, pero yo le decía que no, que en la casa era totalmente diferente, tampoco era de que todo el tiempo estuviera platicando pero sí platicaba cuando le preguntábamos cómo le fue en la escuela, nos contaba lo que hacían. Entonces Rodrigo era totalmente diferente en la escuela que en la casa, porque se la pasaba solito ahí, y era como si estuviera encerrado en su mundo. Ya de ahí la psicóloga me dijo que lo llevara al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” a una consulta para saber lo que él tenía (Plática informal, 10/01/14).*

Para ello en abril del 2008, la directora del *Kínder* extendió un documento para que la Sra. Rosa llevara a Rodrigo al *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”* y así pudiera ingresar para que le hicieran una valoración. En dicho documento se indica textualmente:

Rodrigo es un niño que no ha alcanzado las competencias necesarias, y suficientes ya que tenemos que considerar que es un niño de tercer grado de preescolar que no es capaz de expresarse oralmente para compartir información de él, de su familia. Esta situación se le ha hecho saber a la mamá del niño que quien aunque se ha mostrado accesible para escuchar las estrategias que se le proporcionen y para participar en el plantel, no ha sido suficiente. Cabe mencionar que a partir de enero; que tanto en casa como en la escuela se designó un tiempo determinado para ayudarlo individualmente el niño grafica esquema corporal, pero sólo si estamos junto a él, ya que al dejarlo solo no lo lleva a cabo. Se ha hablado con la mamá en varias ocasiones apoyándola para el trabajo en casa dándole juegos específicos para Rodrigo, dando así una variable de los juegos que se les deja al resto de sus compañeros. Rodrigo es un niño que curso en este jardín de niños “Tepepan” sólo el tercer grado de preescolar a quien le cuesta demasiado relacionarse con sus compañeros, así como expresar sentimientos o cualquier otro aspectos. Con ayuda, nombra algunos objetos o personas sin establecer una ordenación en el momento que se pretende narrar algún suceso (Anexo 3).

Asimismo se planteó que:



...la mayoría de las ocasiones no muestra comprender el mensaje de las consignas que se le dan, aunque estas ya se la hayan repetido en más ocasiones. Es muy frecuente que para tratar de explicar algo repita algo que ya haya escuchado de sus compañeros. No se logró que comprenda cuál es la función del lenguaje escrito, ni para que podemos leer, al crear su escritura solo lo realiza si estamos junto a él; utilizando grafías y algunas letras que lleva su nombre (cabe mencionar que su nombre no lo escribe). Reconoce solo portadores de texto como cuento, periódico, sin mencionar características de ellos. A partir de una lectura en voz alta no participa ni cuando se le pregunta directamente. En cuanto al aspecto matemático expresa la serie numérica sólo hasta cinco sin una consistencia, no se observa una relación uno a uno con los objetos que pretende contar, para resolver algún problema numérico es necesario que se le diga paso a paso que hacer en más de una ocasión y lo logra explicar como lo hizo aun con ayuda. Su representación es no convencional sin tomar en cuenta la cardinalidad. Aunque se le pida observe algún objeto o ser vivo, o fenómeno no es capaz de expresar características de estos, en ocasiones repite alguna que haya escuchado de sus compañeros. Aun con ayuda se le dificulta responder a cuestionamientos. Sus desplazamientos se observan inseguros. Cabe mencionar que en el expediente médico se informa tiene disminución auditiva (en la escuela cuando se le habla volteando, aunque se distrae con gran facilidad); de esta situación se le estuvo solicitando a la mamá lo llevara a valoración con un especialista; pero no se tuvo respuesta. Además frecuentemente tiene los ojos irritados y los entrecierra mucho; de esto la mamá del niño informa le dieron tratamiento y comunica tener citas médicas para valorar si requiere la utilización de lentes. Todos estos aspectos y capacidades mencionadas se le han hecho saber a la mamá del niño quien aunque se ha mostrado accesible para escuchar las estrategias que se le proporcione y para participar en el plantel, pero no ha sido suficiente, para el avance de desarrollo de capacidades. Cabe mencionar que a partir de enero; que tanto en casa como en la escuela se designó un tiempo determinado para apoyarlo individualmente; brindándole a la mamá del niño acciones específicas para realizar en casa, y trabajando con él en el plantel durante todos los días el niño, grafica esquema corporal, pero sólo si estamos junto a él, ya que al dejarlo solo no lo lleva a cabo. Se ha hablado con la mamá en varias ocasiones apoyándola para el trabajo en casa dándole juegos específicos para Rodrigo, dando así una variable de los juegos que se les deja al resto de sus compañeros. Además se ha contemplado las sugerencias dadas por el equipo de trabajo y de las cuales no se ha obtenido los avances necesarios. Por otro lado, también se puede hacer mención de que Rodrigo es el 4° hijo de 5 hermanos, por referencia de la mamá al parecer sus otros hijos también tienen problemas de aprendizaje e incluso una hermana con problemas de enuresis. Esta información recabada fue considerada de lo que la educadora titular de grupo ha observado en Rodrigo así como de las entrevistas que la psicóloga Norma ha tenido con la mamá del niño (Anexo 3).

Es así que en el *Kinder* fue valorado Rodrigo para que se le canalizara al *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*, donde se le ofreciera atención médica y psicopedagógica<sup>44</sup>, lo que según el informe antes citado, permitió que el niño obtuviera el apoyo individualizado para conocer su ritmo de aprendizaje y de ahí

---

<sup>44</sup> En el caso del *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*, además de la atención médica, también se ofrece atención psicopedagógica con la finalidad de apoyar el aprendizaje de los niños con alguna discapacidad que asisten a dicha institución, con métodos individualizados que les facilite su aprendizaje.

fuera canalizado para un posterior apoyo tanto medico como psicopedagógico en el hospital.

Una vez que la directora del *Kinder* le entregó la carta, la Sra. Rosa llevó a Rodrigo al *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*, donde se dirigió con una de las psicólogas de la institución, quien una vez revisada la carta antes indicada y realizada una leve valoración y preguntas a la Sra. y al niño sobre lo que estaba pasando, la llevó a programar otras entrevistas cada 15 días con la finalidad de conocer las condiciones del niño. Proceso de diagnóstico que llevó a que la psicóloga, empezara a orientar su trabajo clínico a un supuesto problema de lenguaje, lo que poco tiempo desecho, para que al final lo canalizara para que se le hicieran estudios neurológicos.

Al respecto comenta la Sra. Rosa: *...primero le hacían entrevistas a Rodrigo y a mí y después me dio cita para que dentro de 3 meses le hicieran estudios de laboratorio, después nos dio un pase para que ingresará a terapia de lenguaje porque él no hablaba, le hacían preguntas y no podía hablar bien. En lenguaje le comenzaron a dar cita de cada 8 días y ya llevábamos como 8 meses cuando la psicóloga le mandó a hacer un encefalograma a Rodrigo, en el cual no podía dormir toda una noche para que le pudieran hacer ese estudio y ya en los resultados la psicóloga me dijo que a Rodrigo le faltaba oxígeno en su cerebro y que respiraba lento y de manera anormal, que por eso tenía su discapacidad, y ahí le receto carbamazepina<sup>45</sup> (Anexo 4) que se tenía que tomar en la mañana, medio día y noche durante 4 meses. Luego me dijo que tenía deficiencia de aprendizaje, que era hiperactivo, pero nunca me dio un diagnóstico exacto sino hasta que me lo pidieron en la primaria fue como me enteré que tenía [DI] leve, fue como me enteré como decía el diagnóstico (Plática informal, 10/01/14). En el expediente del hospital se indica:*

---

<sup>45</sup> La carbamazepina es: "...un agente antiepiléptico y analgésico específico para la neuralgia trigeminal" (SSA, 2007, párr. 7). Es decir, es un medicamento que sirve para controlar las convulsiones, así como también para estabilizar el estado de ánimo. Común mente es utilizada para tratar enfermedades mentales como el trastorno maniático-depresivo, el trastorno bipolar, depresión o para controlar la abstinencia de las drogas y alcohol.

Nombre: Rodrigo Reyes Vázquez  
Expediente: 111996  
Diagnóstico: Retraso mental superficial y trastorno de la pronunciación.  
Tratamiento: carbamazepina suspensión 0-0 2ml (así lo administra la madre)  
Fecha de última consulta: 03 de Enero 2011  
Fecha de elaboración: 17 de Marzo 2011  
Observaciones: Terapia de lenguaje del 8 de sep. 2009 al 17 de Diciembre 2010 alta por máximo beneficio y se le dan indicaciones a la madre a seguir en casa. Se integró a terapia psicoeducativa, el apoyo pedagógico lo recibe desde diciembre 2009 a la fecha, sus logros han sido lentos, se insiste en seguir la terapia donde se trabaja atención y memoria. Su electroencefalograma es normal. Insistir en acudir a sus citas. Insisto en límites y figuras de autoridad, disciplina (Anexo 5).

A partir de ese momento se puede decir que en el hospital le diagnosticaron una DI leve a Rodrigo, sobre todo porque la adquisición del lenguaje se dio de manera tardía y él venía presentando problemas en otras áreas (de motricidad; de relaciones sociales, sobre todo con personas externas a su familia; de atención y memoria) de su desarrollo de acuerdo con su edad.

### **3.5. Evaluación psicopedagógica para la escolarización del caso**

Se puede decir que una vez identificada la discapacidad de Rodrigo en el *Kinder*, en el *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"* se comenzó con terapias psicológicas para elaborar un diagnóstico más exacto. En dichas terapias le hacían preguntas a Rodrigo acerca de su familia, de sus gustos personales y de la escuela. Ya que cuando él terminó tercer grado de preescolar, la psicóloga del hospital le recomendó a la Sra. Rosa que repitiera el último grado de *Kinder*, sin embargo, esto no fue posible debido a que la directora de éste no accedió a la petición<sup>46</sup>, pues como me comentó la Sra.: *Mira Rodrigo aún no cumplía los 6 años cuando iba a terminar el Kinder y le faltaban como 6 meses para cumplirlos, la psicóloga me mandó decir a la directora, para que Rodrigo se quedara más tiempo, pero la directora me dijo que no, que Rodrigo se tenía que ir a la Primaria* (Plática informal, 10/01/14).

---

<sup>46</sup> Esto es una clara muestra de que la EI, no es respetada en algunas instituciones educativas y se violan los derechos establecidos en nuestra Constitución y en la Ley General de Educación, subordinando éstos a requerimientos administrativos y de operación de los centros escolares.

Esto deja de manifiesto otra de las grandes incoherencias de nuestro sistema educativo, ya que la IE como política educativa deja claro que cuando un niño requiere de repetir algún grado de Educación Básica y los familiares están de acuerdo las instituciones educativas deben dar todas las facilidades que sean necesarias.

Cuando Rodrigo ingresó a la primaria (en agosto de 2008), la mamá no le comunicó inmediatamente a la profesora ni a la directora de que Rodrigo comenzaba con terapias psicológicas debido a que en el *Kinder* lo canalizaron por un posible problema de lenguaje, ni tampoco las autoridades de la primaria notaron alguna anomalía en la situación de Rodrigo.

Tal vez debido a que Rodrigo ya no lloraba cuando ingresó a la primaria, pues se sentía más seguro sabiendo que sus hermanos estaban en la misma institución, a lo que comenta la Sra.: *cuando entró a la primaria Rodrigo ya no lloraba porque allá encontró a sus hermanos, porque ya no estaba solito, ya encontró a Manuel, Carmen y a Alejandro. Pues entonces ya no estaba solito, sino que sus hermanos lo metían de la mano y lo iban a dejar hasta el salón y ya ellos se iban. A la hora del recreo lo iban a traer hasta la puerta del salón, le compraban lo que quisiera Rodrigo, se terminaba el recreo y lo dejaban otra vez en la puerta del salón y Rodrigo se metía y sus hermanos ya se iban, entonces por eso no lloraba.*

También me comentó: *Ya hasta que él tenía como un año en la primaria fue que comenzó a juntarse con otros niños. Y como siempre esperaba a sus hermanos en la puerta de la escuela, y a veces mis otros hijos se tardaban en salir, Rodrigo no se movía del lugar donde los esperaba hasta que llegaban sus hermanos y se lo llevarán, entonces yo le empecé a decir que ya se saliera sólo, que si sus hermanos se tardaban que se saliera con sus compañeros, entonces fue como sus compañeros lo buscaban y ya se salía con ellos. Pero de comprar, no compraba, si sus hermanos no iban a la escuela, le teníamos que poner algo de comer a Rodrigo y no darle dinero porque no podía comprar, bueno, le daba*

*vergüenza o no sé, no se acercaba a las personas para comprar. Ya después yo le dije a sus hermanos que lo dejaran, y ya le decíamos a Rodrigo que él tenía que comprar porque a veces sus hermanos faltaban o no podían comprarle y que no siempre iban a estar sus hermanos, entonces al principio no esperaba el cambio y así, hasta que el que le enseñó a comprar fue Diego (su hermano menor), cuando entró Diego a la primaria, él le enseñaba y le enseñó a comprar (Plática informal, 10/01/14).*

Posteriormente Rodrigo siguió con sus terapias psicológicas y como no hablaba y se comunicaba muy poco, la psicóloga lo mandó a terapia de lenguaje, la cual la comenzó a tomar desde septiembre de 2009 a diciembre de 2010, al respecto comenta la Sra. Rosa: *Como te comentaba, a Rodrigo le dieron terapias de lenguaje en las cuales tenía que tomar agua como perrito, que le untara mermelada o miel alrededor de la boca para que se la quitara con la lengua y así la moviera, y hacíamos bolitas de papel crepe y las poníamos en la mesa para que Rodrigo le soplará de un extremo a otro. Entonces todo lo que la terapeuta de lenguaje nos decía que le hiciéramos, todo le hicimos, entonces como que extendió más la lengua y comenzó a hablar más (Plática informal, 10/01/14).*

También comenzó a tomar terapia psicoeducativa, desde diciembre del 2009, en la que iba una vez a la semana y en la que le daban apoyo pedagógico, principalmente en los aspectos de atención y memoria. Al respecto comenta la mamá: *...ahí en terapia educativa le ponían a hacer bolitas, palitos, colorear y hasta le ponían juegos de mesa como el memorama o la lotería. Y le mandaban tareas para que también en la casa practicara lo que había visto en la terapia (Plática informal, 10/01/14).*

Sin embargo, para cuando comenzó con la terapia psicoeducativa, Rodrigo ya cursaba segundo grado de Educación Primaria. Y fue hasta entonces que la mamá le dijo a la profesora y directora de la escuela que él estaba tomando terapias y que éstas interfería con el horario de clases, entonces la Sra. Rosa

pedía permiso a la directora de la escuela primaria para que el niño faltara a clases (una vez a la semana). Ya con su grupo de segundo grado, a Rodrigo le costó mucho trabajo adaptarse e éste y a la profesora, ya que ella no le ponía la atención que él requería, por lo que lo aislaba de la clase sentándolo hasta los últimos lugares de las filas e ignoraba sus peticiones, además de que no le brindaba el apoyo individualizado, hasta llegar al momento en que la profesora le dijo a la mamá que Rodrigo no era un niño que debiera estar en esa escuela y que mejor debía llevarlo a una escuela de EE, sugiriéndole a la mamá que lo sacara de la institución para que le dieran terapia especializada.

Situación que llevó a que la mamá tuviera que sacar a Rodrigo de la escuela, y a no tomar clases durante aproximadamente cinco meses. Al respecto me dijo la Sra.: *...la maestra me dijo que Rodrigo seguramente repetiría el año porque no sabía leer y le costaba mucho trabajo escribir, además de que parece que no se llevaban bien ella y Rodrigo, porque lo sentaba hasta los últimos lugares de la fila y Rodrigo se empezó a hacer del baño diario [...], y ya después fui yo a hablar con la maestra y le llevé el papel que me habían dado en el Kinder así como también le explique qué Rodrigo seguía yendo a sus terapias, tanto con la psicóloga como con la terapia pedagógica, le di copias del carnet, las copias de las recetas (Plática informal, 10/01/14).*

Pero la profesora le dijo a la Sra. Rosa que Rodrigo no podía estudiar en esa escuela debido a su discapacidad, al respecto ella me comentó: *La maestra me dijo que lo sacara que porque él no podía estar ahí cursando la escuela, porque él era un niño que tenía muchos problemas, que era muy callado porque sólo estaba encerrado en su mundo, que no tenía amigos, que no participaba, no trabajaba, no hablaba, no decía nada, entonces que me recomendaba que le buscara una escuela especial para los niños como Rodrigo porque ahí en la escuela ella no podía estar nada más enfocada con Rodrigo porque tenía más niños en el grupo y no podía estar sólo sentada con Rodrigo, porque si ella se sentaba con él a*

*trabajar Rodrigo si trabajaba pero si lo dejaba solo él no hacía nada (Plática informal, 10/01/14).*

*Situación que llevó a que la Sra. tomará la decisión de sacar a Rodrigo de la escuela, lo que me comentó de la siguiente manera: Y yo al ver que no estudiaba, que no hacía nada, que se hacía del baño y lloraba mucho porque ya empezó de nuevo a meterse a la escuela llorando porque aunque estaban sus hermanos, ya no quería entrar a la escuela y hasta yo le llegué a preguntar si ya no le gustaba la escuela o qué era lo que pasaba con la maestra y él me decía que la maestra no le hacía caso, y le preguntaba si le pegaba la maestra y él me decía que no pero que ni le hablaba, que no le dirigía la palabra, que lo ignoraba, que a él no le preguntaba nada, que a sus compañeros les daba los trabajos y que a él no le daba nada. Y entonces como que lo hizo totalmente a un lado, entonces sí se dormía pues lo dejaba porque estaba hasta atrás, si se hacía del baño ahí atrás lo dejaba, así que la maestra lo ignoró totalmente, entonces pues ya lo saque y se me hizo fácil sacarlo (Plática informal, 10/01/14).*

*La Sra. Rosa me siguió comentando: Después una Señora me dijo que fuera por la Cebada a una escuela especial [un CAM], fuimos mi esposo y yo y nos dijeron que no, que Rodrigo no estaba tan mal, que él podía estudiar en una escuela "normal" porque no era un niño discapacitado para que lo atendieran ahí. Entonces sólo estuvo en la casa y siguió con sus terapias del hospital pero a la escuela ya no regresó. Ya cuando casi acababa el ciclo escolar y como iba por mis demás hijos a la escuela, me encontré con la maestra de USAER, quien me ayudó a que Rodrigo regresará a la escuela y fui a hablar con la directora quien casi me cacheteaba porque se enojó y me dijo que para qué lo había sacado y no le busqué otra escuela. Por otro lado ni le pague a una maestra particular sino que lo deje en la casa y lo poco que había aprendido se le había olvidado, y más se apegó a mí porque me lo llevaba a todos lados a donde yo iba, entonces iba a hacer otro trago amargo para volverlo a meter a la escuela. Pero pues ni modo lo volví a inscribir, y aunque la directora se enojó me lo volvió a aceptar y me dijo que*

*le iba a dar otra oportunidad a Rodrigo pero que ya no lo volviera a sacar. Y también le comenté a la directora lo que había sucedido con la maestra cuando saque a Rodrigo, pero la maestra todo lo negó y dijo que la culpa era nuestra porque no apoyábamos a Rodrigo y pues así que quedó el asunto. Lo bueno que lo aceptaron y aunque repitió segundo año, pero ya le tocó con la maestra Belinda y ella ayudó mucho a Rodrigo, lo levantó, ella se enfocó mucho a él pero si fue un trabajo para volverse a acostumbrar porque volvió a llorar otra vez diario, me metía con él y cuando se descuidaba me salía y así tardó como tres meses para que se volviera a adaptar (Plática informal, 10/01/14).*

Todo lo narrado por la mamá es clara muestra de la ignorancia de las personas, de la incapacidad de algunos profesores y de la falta de organización dentro de las instituciones para lograr la tan esperada EI. Esto me llevó a reconocer que dicha inclusión de los niños con alguna discapacidad, no es algo sencillo y que para ello se requiere de la organización de las autoridades, docentes de apoyo y regulares de las escuelas, lo que tiene grandes complicaciones debido a la sobre carga administrativas que actualmente tienen todos los docentes (regulares y de apoyo) en las escuelas primarias de nuestro país<sup>47</sup>.

Cuando Rodrigo estaba repitiendo el segundo grado, él comenzó con el apoyo de USAER junto con la profesora de grupo. Para ello pidieron a la Sra. Rosa el diagnóstico de Rodrigo, por lo que la mamá lo solicitó al hospital y así como se lo entregan en éste (en sobre cerrado), ella lo llevó a la psicóloga de USAER, por esa razón es que la Sra. Rosa no sabía del diagnóstico de Rodrigo, hasta que yo le di una copia de éste.

Al respecto la psicóloga de USAER me comentó: *...mis compañeras que estaban antes que yo aquí, al irse me comentaron de varios niños y entre ellos de Rodrigo, pero para mí, el caso de él, específicamente, fue un rescate que hicimos, porque*

---

<sup>47</sup> Actualmente los docentes regulares de Educación Básica tienen una sobre carga de trabajo, debido a los trámites administrativos que tienen que cumplir: registros individualizados por alumno, avances programáticos e impartición de clases a grupos que siguen siendo numerosos.



*cierto es que sí el niño empezaba el ciclo escolar [la primera vez que curso segundo grado] y él no se adaptaba a las condiciones de la anterior maestra y la verdad es que hasta ese entonces, yo ni me di cuenta cuando la maestra le pidió a la mamá que se llevara a Rodrigo a un CAM. Pero para entonces yo ya lo conocía, pero a veces yo no le pongo atención a las cosas porque son demasiadas y yo tengo que sacar cierto trabajo en un determinado tiempo, pero ya sabía del caso, y fue por coincidencia que vi a la mamá de Rodrigo y le pregunté por él cuando me dijo el motivo por el que había sacado a Rodrigo. Entonces yo le sugerí que lo trajera nuevamente a la escuela y que yo iba a hablar con la directora, así como le iba a buscar otro grupo con otra maestra para que Rodrigo se quedara, y fue así como le encontramos una maestra idónea para él y así hicimos el rescate del niño para que regresara a la escuela. Después le pedí el diagnóstico que le dieron en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y comenzamos la maestra de grupo y yo con el apoyo psicopedagógico para Rodrigo (Anexo 6). Y es en ese momento cuando se comenzó el proceso de escolarización de Rodrigo.*

### **3.6. Inclusión educativa del caso**

Se puede decir que la inclusión educativa del caso, se da desde el preescolar hasta la primaria, por lo menos lo que a mí me tocó conocer a través del estudio de caso, un proceso que aquí dividí por grado y que se dio de la siguiente manera:

- a) **Preescolar.** Proceso de escolarización que se inicia a mediados de 2008, desde que Rodrigo cursaba el tercer grado de preescolar a la edad de cinco años, cuando el personal docente del *Kinder* orientó a los padres para que lo llevaran al *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”* y ahí lo valoraran para saber si él tenía alguna discapacidad; lo que permitiría dar un seguimiento adecuado a su problemática y a la vez poder retroalimentar a la

institución sobre lo que el presentaba, lo que favorecería su inclusión educativa.

**b) Primer grado.** Cuando ingresó a la primaria, en el hospital, a Rodrigo lo diagnosticaron con DI y con trastornos en la pronunciación, sin que le fuera entregado documento alguno a la Sra. Rosa, al respecto ella me comentó que sólo la psicóloga que lo valoró le dijo que a Rodrigo le costaba mucho trabajarse de manera oral así como también le costaba trabajo realizar algunos ejercicios físicos, y que sólo los realizaba si obtenía ayuda. Así que, de acuerdo con dicha valoración se estableció el que Rodrigo presentaba DI. Esto permitió que él empezara a recibir apoyo de los especialistas del *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”* y, con ello, convivir con niños con otras discapacidades dados los servicios que ofrece esta institución.

De esta manera, él ingresó a terapia de lenguaje al *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*, en septiembre de 2009, donde lo ponían a hacer ejercicios para estimular su comunicación verbal, ya que no la había desarrollado, a la vez que le mandaban ejercicios para que los realizara en casa con el apoyo de sus padres. Al respecto su mamá me comentó: *[En las...] terapias de lenguaje tenía que tomar agua como perrito, que le untara mermelada o miel alrededor de la boca para que se la quitara con la lengua y así la moviera, y hacíamos bolitas de papel crepe y las poníamos en la mesa para que Rodrigo le soplará de un extremo a otro. Entonces todo lo que la terapeuta de lenguaje nos decía que le hiciéramos, todo le hicimos, entonces como que extendió más la lengua y comenzó a hablar más (Plática informal, 10/01/14).*

De igual manera, en el *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*, Rodrigo comenzó a recibir terapia psicoeducativa desde diciembre del 2009. En la cual, de acuerdo a la psicóloga Margarita Hernández, ella trabajaba

con él el aspecto de motricidad, memoria, atención y en las materias de español y matemáticas; y dicha terapia la tomaba los días miércoles (Plática informal 09/11/12).

- c) **Segundo grado.** En este mismo año, cuando Rodrigo cursaba segundo grado de primaria, la docente regular le indicó a la Sra. Rosa que lo mejor era que el niño no estuviera en una escuela regular, por lo que le recomendó, sin base alguna e ignorante de lo que es la EI, que mejor lo llevara a un CAM; lo que la Sra. Rosa hizo. Sin embargo, al llegar a este centro, le indicaron que el niño no debía estar en un centro como éste, ya que su discapacidad era leve y podía ser incluido en una escuela regular. Una situación que llevó a que Rodrigo ya no regresara a la escuela primaria y sólo asistiera a su terapia psicopedagógica y de lenguaje en el *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*. Condición que llevó a que el niño perdiera el año escolar.

Después de este desafortunado hecho, la mamá de Rodrigo nuevamente lo inscribió a la misma primaria en el 2010, para que repitiera el segundo grado. Para ello, la psicóloga de la USAER junto con la profesora de grupo regular, realizaron un informe inicial<sup>48</sup> considerando los siguientes aspectos: datos generales del niño; motivo de atención, en el que se indica: "El alumno es repetidor de 2° grado, canalizado por la profesora de grupo, presenta discapacidad intelectual superficial y trastorno de pronunciación que interfiere en el desarrollo de las competencias de comunicación y lógica matemática" (Anexo 7).

---

<sup>48</sup> Cabe destacar que dicho informe sólo está firmado por la profesora de apoyo, siendo que por cuestiones administrativas, también debería estar asignado por la directora de USAER, supervisora de zona escolar y por el asesor técnico pedagógico de la zona, algo que puede ser una muestra del descuido institucional de los servicios de apoyo y de las instancias directivas de educación regular.

En el caso específico de las Competencias<sup>49</sup> Curriculares, en dicho informe se indica:

Comunicación: [El niño] es capaz de expresar sus ideas, sentimiento y pensamientos verbalmente ante los cuestionamientos realizados por la profesora de grupo y apoyo, sus respuestas son limitadas a un sí y no. Con respecto a comunicación escrita es capaz de copiar, sin separación entre palabras, identifica las vocales y algunas consonantes con referentes. Realiza dictado de palabras sencillas con apoyo. La lectura es a través de imagen texto, escucha la lectura realizada por sus compañeros o el adulto, tiene periodos cortos de atención lo que repercute en la comprensión lectora del menor.

Lógica matemática: Tiene concepto de número del 1 al 30, con apoyo de material concreto y guiado por su maestra hasta el 100. Reconoce antecesor y sucesor hasta decenas. Reconoce los signos de suma y resta relacionando con la adición y sustracción. Elabora sumas y restas sencillas con apoyo de material concreto (Anexo 7).

En lo que respecta al análisis contextual, en las situaciones que favorecen se menciona que:

La mayoría de los alumnos tienen consolidada la escritura y la lectura, solo 5 niños presentan rezago escolar, lo que permite a la maestra apoyar a estos alumnos en ocasiones de manera individual. La profesora planea de acuerdo a la RIEB por Proyectos, tiene identificado los aprendizajes esperados. Además utiliza diversos tipos de agrupamientos para realizar sus actividades, ella acepta e integra a Rodrigo en las actividades y tiene altas expectativas de logro. También hace uso de diversos materiales (libros del alumno, del rincón, etc.) y el mobiliario es adecuado... (Anexo7).

Respecto de las situaciones que obstaculizan, se reporta que:

El alumno se ausentó por cinco meses de la escuela, la maestra anterior no aceptaba al alumno y lo canalizó a CAM, mencionándole a la madre que tenía [DI] por lo cual no estaba apto para integrarse a una primaria regular, actualmente se encuentra en un proceso de adaptación al grupo y al trabajo. Sus inasistencias constantes (mínimo una vez a la semana) por asistir a atención complementaria y/o enfermedad. En cuanto al formato de planeación, se maneja la estructura propuesta en la RIEB pero en cuanto al contenido se observan inconsistencias y falta de claridad para poder a cabo el proyecto o la secuencia didáctica como corresponde. Algunos alumnos no aceptan la diversidad y en ocasiones etiquetan al alumno por sus características, lo que le genera inseguridad para relacionarse con sus compañeros y participar. Los criterios de evaluación son los mismos para todos... (Anexo 7).

---

<sup>49</sup> Según se establece en el Acuerdo 592: "Una competencia es la capacidad de responder a diferentes situaciones, e implica un saber hacer (habilidades) con saber (conocimiento), así como la valoración de las consecuencias de ese hacer (valores y actitudes)" (SEP, 2011, p. 22).

Finalmente se especifica que las BAYP están relacionadas con las siguientes condiciones de trabajo y situaciones que se dan en el salón de clase:

Dentro del grupo no se ha logrado crear un ambiente inclusivo, de respeto a la diversidad. Dificultad para flexibilizar el currículo (planeación, evaluación) y dar respuesta a la diversidad. Los tiempos de organización escolar no son compatibles con el horario del docente de apoyo de la USAER ya que la escuela es de jornada ampliada. Existe heterogeneidad de intereses, necesidades y opiniones entre USAER y primaria. Los acuerdos que se establecen no se llevan a cabo debido a las necesidades que surgen en cada escuela. Falta de actualización docente lo que repercute en la mejora de las competencias docentes (Anexo 7).

Informe inicial que sirvió para determinar las necesidades educativas específicas que Rodrigo presentaba y las BAYP que a nivel institucional se generaban, permitiendo a los docentes elaborar una planificación de la intervención que se realizaría con Rodrigo en segundo grado de Educación Primaria: tanto en el contexto escolar como los apoyos especializados, proponiendo actividades que pudieran favorecer la formación académica y el desarrollo social del niño. Éstas se especifican de la siguiente manera:

Desarrollar el Programa Intercultural Bilingüe. Incluir en la planeación de la profesora un apartado de observaciones y sugerencias donde USAER oriente y proponga actividades para reforzar el proceso de aprendizaje del alumno (Planeación conjunta). Orientación dirigida a todo el grupo con material concreto para reafirmar el proceso de resolución de problemas de suma y resta con transformación. Para fortalecer la lecto-escritura se realizan actividades de comprensión lectora apoyándose en el PEL. Proponer y promover formas de evaluación, flexibles favoreciendo la expresión oral. Elaboración y entrega de cronogramas organización de la USAER. Llevar formas de comunicación y clima de trabajo favorables. Planeación conjunta en colegiado. Formación, actualización y capacitación del equipo. Administración de los recursos (Anexo 7).

En ese mismo año Rodrigo es dado de alta de la terapia de lenguaje que recibía en el *Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*, debido a que mejoró en su pronunciación de las palabras y con base en esto los especialistas determinaron que ya no requería de dicha terapia. Alta que no fue notificada a través de un documento oficial de la institución, sino que sólo se le dijo a la Sra. Rosa de manera verbal. Al respecto ella me comentó: *Un día de terapia de lenguaje, la doctora me dijo que a partir de ese momento*

*Rodrigo ya estaba dado de alta de lenguaje, porque ya estaba avanzado y ya se podía comunicar, que siguiéramos con las terapias psicológicas y con la de psicopedagogía, no me dijo más y de ahí ya no fuimos más a lenguaje (Plática informal, 10/01/14).*

- d) Tercer grado.** Cuando Rodrigo ingresó a tercer grado de Educación Primaria, la psicóloga de USAER, también trabajó con la profesora Verónica del grupo regular, lo que favoreció el que se realizara un Informe Psicopedagógico Inicial en el que se proporcionaba la siguiente información: los datos generales del caso, el motivo de “atención”, indicando de manera textual que: “[Rodrigo...] enfrenta [ciertas dificultades] que interfieren significativamente en el desarrollo de sus competencias para la vida” (Anexo 8). Respecto a las situaciones que favorecen su aprendizaje, se indica:

La maestra acepta y apoya al alumno. Utiliza estrategias para favorecer el proceso de aprendizaje. Es aceptado dentro del grupo e integrado en todas las actividades que realizan. El alumno cuenta con todo el material necesario para realizar todas las actividades. El alumno es aceptado e incluido por toda la comunidad educativa. Los padres apoyan al 100% a Rodrigo, cumplen con llevarlo a terapia y asisten a las juntas con padres de familia. Cumplen con las actividades que les solicita la escuela (Anexo 8).

En cuanto a las situaciones que obstaculizan, se planteaba que:

El ritmo de aprendizaje de Rodrigo es muy lento, lo que propicia que se atrase en las actividades emprendidas por el grupo. Rodrigo aún no cuenta con todas las habilidades sociales para saber relacionarse fácilmente, ya que prefiere platicar o jugar solo con sus hermanos, a pesar de que algunos compañeros lo busquen. La familia es muy introvertida, no socializan con otros padres, lo que no favorece el desarrollo de habilidades sociales y culturales en el menor (Anexo 8).

Al respecto se propusieron como “estrategias de atención” para:

Asesoría y orientación a la maestra de grupo 3° “A”, brindando estrategias para trabajar. Planeación conjunta y apoyo dentro del grupo [...]. Asesoría y orientación a la maestra de grupo [...] brindando estrategias para trabajar el área de comunicación. Planeación conjunta con la maestra del grupo [...] con el fin de aportar estrategias para el trabajo integral y la flexibilidad curricular. Seguimiento con el fin de evaluar sus avances. Orientación, apoyo y evaluación

para elaborar el diagnóstico. Apoyo con videos para desprender el Bullying. Aplicación de instrumentos para evaluar los estilos y ritmos de aprendizaje. [...]. Asesoría, orientación y acompañamiento a los padres de familia para lograr el involucramiento en el proceso educativo de su hijo. Seguimiento sobre la atención complementaria que recibe en el *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*, al cual asiste para recibir terapia psicopedagógica una vez a la semana... (Anexo 8).

En relación con esto, la psicóloga de USAER me comentó: *Vero es muy profesional porque nunca me pidió el apoyo para hacer las adecuaciones, sólo una vez me enseñó un examen y vi que estaba muy bien, y la única sugerencia que yo le hice fue que fuera en base a lo que ella estaba evaluando para los demás alumnos del grupo, que si ella consideraba que Rodrigo le iba a contestar la pregunta 1, 5 y 6 del examen, con esas estaba bien. Entonces ella adecuaba los exámenes y no necesitaba de mi apoyo* (Anexo 6). Un comentario que me llevó a recordar que el trabajo colaborativo entre instancias de apoyo y regular no es una cuestión de peticiones, sino de la forma de organización de las actividades escolares y de seguimiento de éstas para los niños que presentan necesidades educativas específicas. De ahí que Rodrigo era evaluado a través de preguntas que él tenía que contestar de manera oral y a través de actividades en un cuaderno de trabajo específico para el área de lectoescritura y de comunicación. Lo que llevó a que el niño cumpliera con los requisitos académicos, para ser promovido a cuarto grado.

- e) Cuarto grado.** Un grado en el que le tocó la misma profesora de grupo que en el año anterior y que es en el que yo comienzo con mis prácticas profesionales, primer momento en el que tengo contacto con él. En ese momento la docente del aula regular (Profa. Verónica), me presenta ante el grupo indicando que yo trabajaría con Rodrigo, a lo que los alumnos del grupo reaccionan en forma de burla, lo que llevó a que la Profa., los corrigiera de inmediato, indicando que sólo sería un apoyo. Para ello, la Profa., me pidió que me sentara con él, en ese momento Rodrigo se mostró tímido y callado. Al comenzar la clase de Español, yo me percaté de que el

niño comenzó a copiar lo que la Profa., escribió en el pizarrón, pero noto que era muy lento y que no podía seguir el ritmo de sus compañeros, lo que me llevó a ofrecerle ayuda, de tal manera que comencé a dictarle las palabras pero me di cuenta que él no conocía las palabras que sólo la podía copiar y que si le dictaba tenía que ser letra por letra, lo que me permitió rápidamente darme cuenta de uno de los problemas de aprendizaje que él presentaba.

Cuando terminaba de copiar toda la información que la profesora le ponía al grupo en el pizarrón, ella le ponía a Rodrigo trabajo especial en un libro de lectoescritura<sup>50</sup>, por lo que sólo se concretaba en realizar los ejercicios y sus tareas eran sobre las que la docente le indicaba que tenía que hacer en éste. Y cuando se trataba de leer alguno de los textos la docente se saltaba a Rodrigo, motivo por el que él no ponía atención a lo que sus demás compañeros leían, distrayéndose en realizar otras cosas que no tenían nada que ver con el trabajo escolar.

Posteriormente, yo busqué apoyar su participación en las lecturas grupales, realizando la lectura de algún párrafo para que los escuchara y luego le realizaba algunas preguntas en el salón de clases, buscando que él mantuviera su atención en lo que se estaba trabajando. Él a veces me respondía y si no lo lograba le volvía a leer el enunciado donde venía la respuesta, para que se le facilitara el poder responder. A partir de esto la profesora se dio cuenta de la importancia de que el niño participara y empezara a incluirlo realizándole de vez en cuando preguntas sobre lo que se leía en clase, lo que no significa que ella lo pusiera a leer. Al respecto yo le comenté que era conveniente el que Rodrigo leyera a la hora en que el grupo estaba realizando esta actividad, ya que esto favorecería su aprendizaje y la inclusión académica y social del niño (Plática informal, 7/12/112).

---

<sup>50</sup> El libro es de: Garcés, Antonio *et al.* (n.d.). *Divertiletras. Aprendizaje para el aprendizaje de la lectoescritura*, México: Trillas.



En el caso de las matemáticas, el niño podía comprender los ejercicios de suma, resta, decimos, centésimos y las figuras geométricas, de hecho no se le dificultaba tanto como el español. En las demás materias, como historia y geografía sólo realizaba algunos ejercicios si éstos se trataban de colorear o dibujar, pues todos los que implicaran recordar y responder preguntas sobre la información, él no los resolvía porque la profesora regular no le pedía que los realizara, (por lo mismo a él se le dificultaba más leer y, por lo mismo, comprender). Para buscar una solución a dicha problemática, durante el tiempo que yo estuve trabajando con mi caso, la docente regular no realizó acciones que fueran favoreciendo su participación y el logro de los aprendizajes. De hecho la profesora de apoyo de la USAER no trabajaba con la docente regular, para que ella buscara los mecanismos a través de los cuales Rodrigo trabajara en cuanto a las demás materias que no fuera español y matemáticas.

En el caso de los profesores de inglés y Educación Física, sólo daban su clase y no buscaban la manera de integrarlo a las actividades que se realizaban con el resto del grupo. Al respecto me comentó la profesora Verónica: *Rodrigo está conmigo desde tercer año, yo tenía referencias de él por USAER, y sabía de sus terapias en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", entonces, él al tomar esas terapias y estar aquí, se supone que debería haber más avances; sin embargo, cuando llegó conmigo a tercer año los avances no eran significativos, aún no consolidaba la lectoescritura, su nivel de socialización era muy bajo, casi no se comunicaba ni conmigo ni con sus compañeros, de hecho hasta el momento el que se pueda integrar a hacer trabajos por equipos le cuesta mucho trabajo, ya no tanto como antes que de plano sí se negaba para hacerlos, ahora se integra a los equipos, sin embargo ya para la exposición o la presentación de sus resultados le cuesta mucho trabajo integrarse. En las actividades colectivas como para el 10 de mayo, festival de diciembre no participa precisamente por eso, pocas veces asiste con nosotros a alguna salida de grupo (Anexo 6).*

Esto yo lo pude corroborar durante el tiempo que estuve realizando mis prácticas académicas. En ese lapso él nunca asistió a algún evento de la escuela, incluso le llegué a preguntar del por qué no iba y sólo se concretaba a decirme que no le gustaba u otras veces no iba porque se enfermaba. Todo lo que yo pude observar es que en esta escuela, y seguramente en muchas más, hay un total desconocimiento de cómo es que se debe promover una EI de los niños con necesidades educativas específica, independientemente de que tengan o no alguna discapacidad. Más bien se tiene la idea de que la escuela es un espacio para que niños como Rodrigo o con otro déficit asistan, casi casi como si se tratara de una guardería, a pesar de que casos como el de Rodrigo son niños que independientemente de su DI pueden tener los logros académicos y de socialización como cualquier otro niño regular.

En cuanto a la terapia de lenguaje que Rodrigo recibía en la Escuela Primaria, ésta se la daba la terapeuta de lenguaje, especialista en neurolingüística (profesora Mariana, especialista en la materia de la USAER), quien no pudo atender a Rodrigo desde tercer grado debido a que ella sólo iba los miércoles a la Primaria, el mismo día que Rodrigo asistía a sus terapias al *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*. Sin embargo cuando el niño empezó a cursar el cuarto grado, a la docente Mariana la cambian los días viernes, lo que posibilitó el ofrecer este apoyo al niño.

Para dar la terapia de lenguaje a Rodrigo, la especialista de USAER trabajaba con unas tarjetas llamadas *Phonics*<sup>51</sup> (Anexo 9). Éstas le servían para leer y escribir, ya que dichas tarjetas le permitían establecer la relación entre letras y sus sonidos, lo que se acompaña de caracteres visuales que ayudan a articular las palabras. De esta manera él podía ver, escuchar y

---

<sup>51</sup> “Las Caras fónicas muestran a los niños la relación entre letras y sonidos usando caracteres visuales que sugieren punto de articulación. Al colocar su boca en la misma posición que las imágenes de cada una de las letras, los niños ven, escuchan, sienten y reciben retroalimentación motora sobre el sonido en cuestión” (Norris, 2003, p. 26).

recibir retroalimentación sobre los sonidos. También trabajaba con él juegos de computadora tales como Pipo y Dikie y Dukie, un recurso que fue de gran utilidad para que Rodrigo, ya que le permitió articular el sonido con la imagen, mejorando su comprensión y aprendizaje de las palabras (se podría decir que a través de un método global<sup>52</sup>). Sobre esto la terapeuta Mariana me comentó: *Con Rodrigo comencé trabajando con la autoestima, porque está muy bajito en habilidades sociales y el otro aspecto fue elevarlo en lectoescritura, aunque también depende de otros varios factores como del alumno, la familia, que no falte a la escuela y que no se dejé su proceso. En el caso de la mamá, ella sí es una Sra. comprometida, sin embargo faltan muchas estrategias a implementar para que logren llevar un mejor apoyo en casa, porque se pierden mucho en que nada más se quedan con el trabajo del hospital y tal vez un poco de trabajo con el niño pero no va más allá. Pero sí, su mamá siempre venía a todas las citas y eso también ayuda mucho. También habría que ver donde puede seguir con el apoyo porque para mí es básico que necesite un apoyo complementario y es necesario que se trabaje con él directamente, porque con eso de que ya lo dieron de alta en el Hospital y que ya no lo van aceptar otra vez. Y además a Rodrigo ya lo habían mandado a un CAM y tampoco creo que sea un niño de ahí. Yo creo que es un niño que tiene muchísimo potencial, es un niño que yo lo observo y es sí está como deprimido y no tiene como esas ganas, ese entusiasmo, pero si no lo trabajas con él y con la familia difícilmente podrás lograr un avance significativo (Anexo 6).*

Ya para noviembre de 2012, la psicóloga Margarita del *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*, decide cambiar a Rodrigo de grupo, por lo tanto cambió sus terapias psicoeducativas a los días viernes, mismos días en los que yo asistía a la primaria con él y día en el que recibía sus terapia de lenguaje, pero afortunadamente no influyo en que Rodrigo faltara a la

---

<sup>52</sup> “...es una concepción muy clásica, muy cartesiana de la educación, buscando respetar las leyes de la psicología del niño para permitirle pasar de una visión confusa, global del mundo, a una precisa, analizada, racional del universo...” (Bolaños, Cambronero & Venegas, 2006, p. 36).

escuela; motivo por el cual, primero íbamos al *Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"* y después íbamos a la Escuela Primaria para que él recibiera la terapia de lenguaje y a que tomará sus clases en el aula regular. Situación que aunque a veces agotaba a Rodrigo, lo benefició ya que no perdió su terapia de lenguaje y tampoco perdía un día de clases, lo que ayudó a fortalecer su aprendizaje en cuanto a la lectoescritura y en cuanto a ser consciente de que tenía la responsabilidad de no faltar a la escuela.

Por lo tanto, comencé a acompañar a Rodrigo a sus terapias psicoeducativas al *Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"*, lo que me permitió darme cuenta de sus avances y ver de qué manera se estaba trabajando su formación académica. Dicho cambio se debió, como nos narra la psicóloga Margarita a que: *Los niños que asisten los miércoles son niños que son más pequeños que Rodrigo y también tienen su déficit más bajo que él, entonces en ese grupo se siente como el líder porque sabe más que sus compañeros y con ellos sí socializa. Pero entonces quiero ver si también es capaz de socializar con sus compañeros que van más avanzados que él, por eso decidí cambiarlo al grupo de los viernes, a ver si estando con ellos, Rodrigo despierta un poquito, porque como te has dado cuenta, es muy tímido y callado, también para que sus compañeros lo jalen un poquito y espero que con eso Rodrigo aprenda más con sus compañeros y ya lo pueda dar de alta. Pero si te das cuenta, le está costando trabajo socializar y adaptarse a este nuevo grupo* (Plática informal, 09/11/12).

En efecto, uno de los problemas de Rodrigo es que por su condición se manifestaba retraído y le costaba trabajo socializar (algo que también está implicado en la EI), si bien sus compañeros en ocasiones buscaban tener algún tema de conversación con él, a pesar de que no les respondía. Además la psicóloga promovía el que en el grupo los alumnos mostraran su trabajo, sin embargo a Rodrigo no le gustaba, ya que tapaba su cuaderno o libro para que sus compañeros no vieran lo que hacía. Incluso, a veces ni

siquiera con la psicóloga quería hablar y cuando ella le hacía alguna pregunta, sólo se concretaba en un sí o un no. Un comportamiento que desde mi punto de vista se debía a su inseguridad y a que tampoco estaba acostumbrado a socializar con otras personas, pues su familia tampoco solía a interactuar con él o con otras personas. Entonces Rodrigo no es un niño que sea sociable y es muy selectivo en sus relaciones y de con quién interactúa, sobre todo en la escuela primaria sólo hablaba con un compañero y con éste era con el único que quería trabajar en equipo. Motivo por el que es necesario trabajar su autoestima, dándole seguridad y confianza en sí mismo, para que él comprenda que es válido el equivocarse y que todos aprendemos de distintas maneras; a su vez es importante promover la participación en todas las actividades grupales y deportivas de la escuela, ya que esto le ira dando seguridad y confianza. En lo que respecta a la familia se tiene que buscar la manera de que busquen espacios para socializar y ver que él aprenda que es importante interactuar con los demás; por ejemplo en el parque, en reuniones o eventos familiares y sociales.

Algo que me resultó preocupante es que Rodrigo casi siempre se manifestara cansado y con sueño, lo que no le permitía trabajar con la psicóloga de USAER, bajo el pretexto de que no quería hacer los ejercicios que ella le ponía, que no sabía cómo hacerlas o que no conocía acerca del tema que estaban viendo. Tal vez por no tener una alimentación adecuada (en varias ocasiones sólo desayunaba leche y/o unas galletas) y el tener que hacer una caminata de aproximadamente 50 minutos con su mamá para llegar al *Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"*. Por lo que yo le pregunté a su mamá del por qué se iban caminando y ella me dijo que por cuestiones económicas pues no tenían para pagar un taxi cada ocho días y no había transporte que los dejará cerca del *Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"*. De hecho, cuando nos regresábamos a la Escuela Primaria, también caminábamos y yo vi cómo le costaba trabajo y él mostraba desgano, pero ya en la segunda ocasión que los acompañe al

*Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” me ofrecí a pagar el taxi, lo que hice hasta que terminé mis prácticas profesionales.*

Con el tiempo él empezó a socializar con sus compañeros del *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*, pero sólo lo hacía cuando iba de buen humor, al igual que sólo trabajaba cuando quería o se sentía con ganas de hacerlo, lo que no era suficiente para la psicóloga, ya que seguía manteniendo cierto retraso con respecto a su edad y al tiempo que tenía tomando la terapia.

Según ella: *...Rodrigo debe asistir a una escuela de educación especial porque aquí ya no se puede hacer más por él, de hecho ya lleva muchos años aquí y eso casi no lo permiten porque nosotros tenemos un tiempo determinado para tratar a los niños aquí y en el caso de Rodrigo ha sido especial porque la psicóloga que le da terapia [...] no me ha dado autorización para que ya lo pueda dar de alta en terapia psicopedagógica, pero espero ya poder darlo de alta en diciembre (Plática informal, 16/11/12).*

Situación que me llevó a preguntarle el por qué ya no podían hacer más por él, a lo que me respondió: *Ya no puedo hacer más porque su capacidad de aprender, ya llegó a su límite, o a lo mejor pueda subir más pero en su caso, por su discapacidad no creo que aumente mucho, como por ejemplo sus compañeros con los que está en este grupo, si te das cuenta también tienen su discapacidad pero varios de ellos son muy inteligentes y avanzan con más rapidez [compañeros que tienen Síndrome de Asperger<sup>53</sup>] y en el caso de Rodrigo, por su discapacidad no pueden aprender más. La prioridad para él sería que aprendiera bien a leer, escribir, sumar y restar y de ahí que terminará la secundaria y posteriormente se fuera a una escuela de*

---

<sup>53</sup> El Síndrome de Asperger se caracteriza por ser niños que no socializan mucho y prefieren jugar solos, así como les cuesta trabajo identificar sus sentimientos y tienden a reaccionar de manera bipolar, a veces parece estar ausente (como si estuviera en su mundo), posee un lenguaje de una persona adulta y no es muy imaginativo ni creativo. De tal manera que el Síndrome de Asperger y la DI son cosas totalmente diferentes que no tienen que ver con su forma de aprendizaje, ya que cada persona aprendemos de diferente manera y no por tener DI leve se es menos capaz de poder aprender ciertos conceptos que también aprenden los niños con Asperger (Federación Asperger España..., *n.d.*, *pass.*).

*educación especial donde le enseñen un oficio [una muestra de qué la psicóloga no sabe cómo está organizado el Subsistema de EE y qué instituciones lo integran]. Además tampoco su mamá ayuda mucho al respecto porque aunque comprendo su condición económica, en muchas ocasiones que le dejó tarea a Rodrigo no lo apoyan en hacerla, entonces, en ese aspecto, creo que Rodrigo es abandonado por parte de su familia (Plática informal, 09/11/12).*

Una situación que me lleva a pensar que la psicóloga no tiene la formación para atender y apoyar el trabajo con niños que presentan esta discapacidad, no sólo por lo limitado que puede ser su función educativa, sino además debido a la ignorancia de sus necesidades educativas específicas, el potencial cognitivo que tienen y las BAYP que en la institución ha generado debido a la desinformación de los profesores, el poco interés de las autoridades y a la falta de comunicación en las instancias de apoyo y la docente regular. Sobre todo porque, seguramente, ella basa sus opiniones en ciertos estándares que no necesariamente responden a los aprendizajes que puede lograr Rodrigo si cuenta con los apoyos y cuidados pertinentes.

De ahí que resulte limitado el creer que sólo debe aprender a leer y escribir, para que pueda dedicarse a un oficio, sobre todo porque su DI es leve y hay muchas cosas que él puede lograr. Asimismo, como pienso yo, la psicóloga no comprende la situación de los padres de Rodrigo, ya que dice que ellos lo abandonan, cuando en realidad sus condiciones económicas, educativas y sociales los coloca en serias desventajas, pues ellos sólo tienen estudios de dos años de educación primaria (no saben leer ni escribir bien) y sólo comprenden algunas palabras, tampoco tienen las condiciones económicas para poder llevar a Rodrigo a clases particulares de regularización o de apoyo educativo extraescolar y su condición social es precaria.

Afortunadamente en diciembre la psicóloga Margarita decidió no dar de alta a Rodrigo debido a que ella consideraba que: *...aún le falta avanzar más, y con el apoyo que tú también le estas proporcionando [se refería a mí] permanecerá un tiempo más aquí, además de que también lo hago por su mamá porque sé que ella trata de seguir las indicaciones y esperemos logré más en su aprendizaje.* (Plática informal, 14/12/12). Entonces él siguió en terapia y con apoyo psicoeducativo, en el que la psicóloga de USAER lo ponía a realizar ejercicios de motricidad, de completar palabras y de suma y resta. Durante ésta había veces en que Rodrigo ponía atención y hacía los ejercicios y ocasiones en las que no, ya que en gran medida dependía de su estado de humor; asimismo habían veces en que socializaba con sus compañeros y con la psicóloga de USAER, pero en otros era callado y tímido, sobre todo cuando Rodrigo estaba cansado o iba con sueño.

f) **Interrupción escolar.** Durante las vacaciones de invierno (en diciembre de 2012) Rodrigo sufrió un accidente, al estar jugando en el parque donde se cayó y se fracturó su brazo derecho, lo que ocasionó que se lo enyesaran. De tal manera que para cuando Rodrigo regresa de vacaciones a la escuela (en enero de 2013) la profesora de su grupo (la profesora Verónica) le sugirió a su mamá que no lo llevara a clases, para evitar otro accidente, sobre todo en el recreo, ya que si sus compañeros, en un descuido, lo empujaban o si él realizaba alguna actividad, podría agravar su lesión o tener otro accidente. Entonces, para cuando yo volví a verlo, regresando de vacaciones, él no estaba asistiendo a la escuela y sólo iba a sus terapias psicoeducativas al *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*. Para dar seguimiento a mi caso y poder ver qué pasaba con el niño, los viernes que yo asistía con él al *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*, después me daba a la tarea de apoyarlo en su casa para trabajar la lectoescritura, buscando que no se atrasara más y mantener lo que ya había aprendido.



Dichas acciones de apoyo para trabajar la lectoescritura consistieron en realizar actividades con recursos didácticos tales como juegos de computadora como “Pipo”, “Aprende ABC” y “Alfabeto de los animales”, también utilicé aplicaciones del celular como “Aprende a leer y escribir” y “Ortografía mono”, y algunos otro material como “Memorama de verbos”, donde tenía que relacionar la imagen con el texto y podía separar las tarjetas de acuerdo a alguna letra que yo le pidiera.

Al mes de su accidente y dado que Rodrigo casi se había recuperado de su lesión, lo que me llevó a sugerirle a su mamá que le preguntara a su profesora que si ya podía regresar, aunque fuera de oyente, porque aunque iba a sus consultas médicas y yo continuaba trabajando la lectoescritura con él, habían aspectos académicos y de socialización que no se podían realizar o desarrollar en su casa y él se las estaba perdiendo; de hecho él nos decía a su mamá y a mí que sí quería regresar a la escuela para jugar con sus compañeros y porque también le gustaban los juegos de la computadora que le ponía la profesora Mariana (la terapeuta de lenguaje de la USAER) y a veces no quería regresar porque en su casa podía ver la televisión todos los días y levantarse tarde. Esto sirvió de motivación para que la Sra. Rosa fuera a la escuela y le preguntara a la profesora regular, que si Rodrigo podía ir, pero ella le dijo que aún no era conveniente su regreso, sino hasta que estuviera totalmente recuperado y sin yeso. Lo que llevó a que él se reintegrara a las clases hasta marzo de 2013, cuando su médico particular del dispensario “Tepepan” le quitó el yeso y lo dio de alta.

**g) Regreso a la escuela.** Una vez que él se integró a su grupo para continuar con sus clases, tanto la profesora de grupo como la psicóloga de USAER se dieron cuenta de que no fue una buena idea el que Rodrigo se hubiera ausentado tanto tiempo de clases, ya que esto lo llevó a tener dificultades para reintegrarse al grupo y para actualizarse en sus actividades escolares. Esto llevó a que el niño utilizara estrategias como no querer ir a la escuela

poniendo de pretextos el que se sentía mal o cuando llegaba a ir se mostraba decaído, desmotivado y con sueño; sin embargo, la mamá lo siguió llevando, lo que permitió que nuevamente se acostumbrara a asistir regularmente a la escuela. De hecho cuando yo iba los viernes le llegué a preguntar el por qué no quería ir a la escuela y él me decía que porque se aburría y que le gustaba estar más en su casa y acompañar a su mamá a donde ella fuera; entonces yo le expliqué lo importante y divertido que era ir a la escuela, que ahí podía ver a sus amigos y que podía aprender a leer y escribir para todo lo que él quisiera. Lo que logré en ese momento, dado que la mayoría de veces era muy cortante, es que me dijera que *Sí*.

A partir de esto yo busqué la manera de motivarlo para que comprendiera la importancia y lo gratificante que era ir a la escuela, por ejemplo: crearle la necesidad de aprender a leer pues cuando leíamos alguna lectura, y se le dificultaba le decía que era en la escuela donde él iba a reforzar sus conocimientos de lectoescritura, y que si aprendía a leer más ya podía subirse a un microbús solo y saber cuál abordar, al igual que podía saber en qué transporte subirse para poder visitar el zoológico (ya él no lo conoce y le gustaría conocerlo) y también ya iba a poder leer acerca de los animales que se encontraban en éste. Asimismo, que si asistía a la escuela, ahí aprendería más sobre las cuentas y ya podía ayudarle a su mamá a comprar el mandado o artículos del hogar.

En ese mismo mes, la psicóloga Margarita del *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"* dio de alta a Rodrigo de su terapia psicoeducativa, el día que lo hizo no se lo dijo a su mamá hasta que terminó la clase, cuando la Sra. ingresó al aula para recoger al niño. De acuerdo a la Sra. Rosa, la Psicóloga sólo le comentó que Rodrigo ya estaba dado de alta, que el apoyo que seguía recibiendo en USAER y con el que yo le ofrecía él podía seguir adelante, pero en ningún momento le extendió algún documento en que se expusiera su alta, sólo le hizo firmar una hoja, en donde según la psicóloga

Margarita era para su control y donde, seguramente aceptaba la alta; sin embargo como la Sra. no sabe leer lo firmó aceptando lo indicado por la psicóloga Margarita, quien desde mi punto de vista la engañó y no le dio copia alguna.

Se trató de una situación que claramente afectó el trabajo que se venía haciendo en el hospital con Rodrigo, pues sin ese apoyo él perdería un recurso para su formación e inclusión educativa, ya que él aún no consolidaba el aprendizaje de la lectoescritura. Y desde mi punto de vista no se trataba de darlo de alta, sólo porque ya había avanzado más y porque ya llevaba mucho tiempo tomando terapia psicoeducativa. Es decir, él no había logrado consolidar el aprendizaje de la lectoescritura, requería de apoyo para lograr plenamente este conocimiento y reforzarlo, a la vez que esto le permitiría ir consolidando su socialización en el grupo al poder participar. Asimismo, recuerdo que la Sra. Rosa me comentó que tampoco estaba de acuerdo en que lo hayan dado de alta pero que no podía hacer nada más que aceptar, pues como ya anteriormente la Psicóloga Margarita del *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"* le había comentado que ya lo quería dar de alta, pues que de alguna manera ella ya estaba consiente que sucedería.

Cuando la psicóloga de USAER se enteró de lo sucedido, le dijo a la mamá que ella consideraba que era un error el no seguir con estas terapias psicoeducativas de Rodrigo; recomendándole a ella que viera la manera de que no se le diera de alta. Un proceder que de alguna manera implicaba no asumir una responsabilidad que ella tenía, para dar continuidad al trabajo de apoyo con Rodrigo, y sólo se concretaba a criticar el proceder de la psicóloga del *Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*, justificando el que ella no podía brindarle un apoyo personalizado debido a que: ... *nosotros, los de apoyo a la USAER, nos corresponde estar en grupo y aunque yo a veces los bajo a valorar, pero ya no se nos permite para nada bajar niños, entonces*

*tenemos que subir a los salones a trabajar con todo el grupo, y yo siento que olvidamos al niño que enfrenta barreras (Anexo 6). Situación que afecta la EI de Rodrigo ya que aunque es una estrategia más para incluirlo con el grupo no se le da el tiempo suficiente para trabajar con él.*

Algo que fue planteado por la profesora de USAER que va en contra una EI, es que en alguna ocasión comentó que una estrategia para que Rodrigo no tuviera dificultad para ingresar a la secundaria, era eliminar en su reporte que el niño no tenía una DI para que lo aceptaran con más facilidad o que en su defecto buscarle una secundaria que también tuviera USAER (Plática informal, 19/04/13). Una situación que resultaba demasiado grave dado que se supone que los profesores de apoyo de la USAER tienen los conocimientos y la preparación necesaria para tratar los asunto de lo que debes ser una educación incluyente de las personas con discapacidad y no es posible, aunque sea una plática informal, que un docente de apoyo se exprese de esa manera hacia tal situación.

Algo que también noté en mis observaciones es que entre la profesora de apoyo del USAER y la terapeuta de lenguaje existían roces profesionales que va en contra de la EI, ya que no trabajan en equipo para conseguir el mismo fin, pues la profesora de apoyo al USAER me comenta: *Mariana aún no se quita la parte clínica y como ella viene llegando pues yo le decía que no había problema y que cuando pudiera que bajara a los niños, pero espero que ya para el siguiente año ya le caiga el veinte y no tenga que bajarlos. Porque la verdad es que luego yo si tengo inconvenientes con ella porque no la muevo del asiento, del Facebook o de su celular y la verdad el horario de nosotras son 4 horas y media en lo que tenemos que estar de prisa y tengo niños en la estadística que realmente tienen problemas de lenguaje y cuando ella viene sólo con uno le dedica su tiempo y la verdad yo si me desespero, y aunque le he dicho no entiende y siento que se infla y el trabajo no sale,*

*además está muy chava y tiene energía pero viene mucho con la computadora y eso no nos sirve (Plática informal, 30/05/13).*

En algún momento de mis prácticas académicas, la profesora de apoyo a la USAER me dijo que cada una de nosotras (incluyéndome a mí porque sabía que yo estaba apoyando el trabajo escolar de Rodrigo) teníamos que trabajar por su lado y que aunque era el mismo caso, cada una realizáramos por separado los apoyos para el niño. Al respecto en una ocasión la dicha profesora me encontró con la terapeuta de lenguaje, lo que le molestó, indicándome que cada uno tenía que trabajar por su lado sin interviniéramos con el trabajo de los otros, en ese momento yo le comenté que de eso se trataba mi trabajo de ver cómo le ofrecían los apoyos a Rodrigo, a lo que sólo movió la cabeza, sin que me dijera algo. Situación que considero es incorrecta, ya que lo ideal en el ámbito educativo es que tanto los profesores regulares como los de apoyo, junto con la familia, trabajen de manera coordinada para lograr una plena inclusión educativa.

Con respecto a la terapeuta de lenguaje, nunca me comentó algo despectivo de su compañera, únicamente me dijo que la psicóloga Lourdes era un poco tradicionalista en cuanto a trabajar y que efectivamente no llevaban muy buena comunicación. Situación que afecta la inclusión educativa de Rodrigo, ya que no existe una comunicación sólida entre las profesoras y no trabajan en equipo para la formación del niño.

Asimismo, cuando la profesora Verónica se enteró de que Rodrigo fue dado de alta en el *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*, me comentó que ella consideraba que el niño, además de recibir el apoyo en la escuela con ella y con las integrantes de la USAER; también requería de un apoyo especializado como el que le brindaban en el *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*, asimismo, me dijo: *Para a mí ha sido un poco difícil porque siempre he considerado que nosotros dentro del trabajo en el aula es*

*muy complicado trabajar con niños, como el caso de Rodrigo, precisamente porque necesitan una atención especial, siempre he estado de acuerdo en que el niño asista a una escuela regular; sin embargo, veo que es necesario que a la par de eso tengan una terapia especializada, porque nosotros por más que queramos hacer y tratar de que los niños avancen difícilmente con nuestra formación vamos a poder lograrlo. Por eso creo que para mí es importante que Rodrigo siga yendo a la terapia, porque en cuanto a la lectoescritura el niño ha avanzado mucho y yo se lo añado precisamente al apoyo que ha recibido de manera interdisciplinaria aquí en la escuela por parte de la maestra de USAER, la maestra de lenguaje, el trabajo en el salón, con sus compañeros y el apoyo que tú le estás dando. Entonces yo creo que en ese aspecto ha avanzado mucho porque ya consolido como un 80% en lectoescritura y ya se puede comunicar, interactúa más con sus compañeros y entonces sí creo que ha habido logros (Anexo 6).*

Y en efecto, durante el ciclo escolar que yo apoyé a Rodrigo (para realizar mis prácticas profesionales), él avanzó de manera significativa, pues para cuando yo terminé con dichas prácticas (Junio de 2013), él ya se sabía el abecedario, podía escribir palabras simples como “clásico, cocodrilo, escribir, botella” y leía textos cortos como “al duende le duele el dedo”. Por lo tanto él avanzó en el manejo de la lectoescritura en este ciclo escolar; aunque algunos de esos mismos apoyos se los retiraron cuando terminó ese ciclo escolar. De hecho yo sigo manteniendo comunicación con la mamá de Rodrigo y me ha comentado que cuando él cursó el quinto grado de Educación Primaria ya no trabajaba con algún libro en especial, sino que realizaba las mismas actividades que es resto de sus compañeros, sólo que lo evaluaban de diferente manera, de acuerdo a sus habilidades y nivel de conocimiento, pues la profesora que tenía y todavía tiene le pedía y le pide lo mismo que al resto de su grupo. Un ritmo de trabajo que a él le ha costado adaptarse, pero que le ha permitido avanzar casi como si él fuera un niño regular.

### 3.7. Prospectiva del caso

Actualmente Rodrigo cursa sexto grado de Educación Primaria, con el trabajo que se está realizando en la escuela y los apoyos él está pudiendo leer y escribir enunciados completos; proceso de formación y de trabajo que si se continúa logrará mejorar estas competencias. Algo que requiere de un trabajo más sistemático, es el reforzar su memoria, sobre todo empleando estrategias mnemotécnicas (adquisición, comprensión, retención y transformación) (Definición de..., *n.d.*, párr. 1) y con el uso materiales didácticos como libros de lectoescritura, tarjetas de fonética y videojuegos de lectoescritura y matemáticas.

Con base en la adquisición de estas competencias, él podrá ingresar a la educación secundaria, donde requerirá de que se le sigan ofreciendo apoyos para fortalecer su memoria, la comprensión lectora, el manejo de las matemáticas y su desarrollo físicomotor; base del proceso de inclusión educativa. En éste el apoyos de los docentes de USAER, será fundamental que quienes ayuden al alumno realicen las adecuaciones a la planeación y ajustes razonables que correspondan con al desarrollo del caso y con ello él logre sus aprendizajes. Aquí él tiene que aprender a trabajar con los diferentes docentes de cada una de las materias que debe cursar y aprender a manejar sus formas de trabajo y sus formas de evaluar. Esto puede ser una dificultad debido a que el proceso de aprendizaje de Rodrigo es más lento que el de otros niños, de tal manera, el que curse diversas materias aproximadamente le será difícil adaptarse y comprender ciertos contenidos de cada una de éstas, sobre todo porque su DI seguramente implica que el tenga necesidades educativas específicas, que pueden ser disminuidas si se le apoya y se eliminan posibles BAYP. Por lo tanto es fundamental que en la escuela secundaria donde esté cuente con apoyo de la USAER.

Para apoyar el trabajo escolar sería conveniente que él tuviera un apoyo individualizado, sobre todo en términos de reforzarles los aprendizajes programados; ya que se debe evitar en la escuela a la que ingrese algo que yo

puede observar, el que los profesores regular y de apoyo, en lugar de impulsar su desarrollo, acaben por exigirle menos que al resto de sus compañeros, lo que no favorece a su formación académica.

Asimismo, de lograr una buena formación en la educación secundaria, el puede continuar con sus estudios de bachillerato y adquirir una carrera técnica como Técnico en Computación, en Dibujo o en Pintura, en uno de los *Centros de Formación para el Trabajo* (CECATI) o en un *Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios* (CEBTIS), ya que yo pude identificar que tiene gusto y habilidades para el dibujar y haciendo historietas, además de que sabe manejar la computadora.

En lo particular veo difícil, pero no imposible, el que él pueda estudiar una licenciatura, lo que dependerá del trabajo que se realice a lo largo de sus estudios previos y de la estimulación e interés que él tenga (no podemos dejar de lado al sujeto y sus motivaciones).

No debemos olvidar que en todo este proceso el apoyo familiar es fundamental, ya que es la primera instancia de aprendizaje e impulso para toda persona. Asimismo, es parte fundamental para la adquisición de los conocimientos y el desarrollo de las competencias para que él se desenvuelva “plenamente”, pues sin el apoyo de la familia es difícil que la persona con DI tenga avances significativos. En este caso, el apoyo de la familia ha sido fundamental para su desarrollo, aunque no el suficiente, ya que en ocasiones lo sobreprotegen por su discapacidad, si bien sus padres están conscientes que tienen que dejarlo ser independiente, en lo que están trabajado.

Algo que resulta contraproducente respecto de los apoyos familiares para Rodrigo, es que las condiciones económicas y educativas de la familia son limitadas (de hecho sus padres sólo tienen algunos de los primeros grados de Primaria y no tienen un buen manejo de la lectura y la escritura). Situación que, de una u otra



manera, afecta su desarrollo personal, pero que no es un impedimento para que lo logre, pues con todo y sus limitaciones de la familia, ésta siempre apoya lo más que pueden y buscan ayudas externas para el desarrollo académico de Rodrigo.

Finalmente, e de indicar que Rodrigo está consciente de su discapacidad por lo que el mismo se limita y en un gran número de ocasiones no se tiene confianza (algo que se tiene que trabajar en el hogar y la escuela), lo que lleva a que él se asuma como dependiente de sus padres y hermanos. De ahí que sea importante hacerlo consiente de las capacidades que tiene y de que comprenda que su condición no le impide ser independiente. Es decir, se le tienen que hacer consciente de que de él tiene la responsabilidad de exigirse para lograr las metas académicas que aquí indico. No basta con los apoyos, él y todos tenemos que asumir nuestra responsabilidad con lo que deseamos.

## CONCLUSIONES

Hay que reconocer que el objetivo principal de la EI es salvaguardar la integridad, la equidad y el ofrecer una educación en la diversidad; todo ello con miras a lograr que todos los niños, adolescentes y jóvenes sean incluidos en las actividades que se desarrollan en los centros escolares regulares, independientemente de que tengan o no necesidades educativas específicas asociadas o no a una discapacidad. Condición que en gran medida se ha quedado en un plano formal, sin que realmente se concrete en un gran número de casos, a pesar de que puedan estar integrados, sobre todo porque lo que se ha establecido por escrito, no necesariamente se ha puesto en práctica y, si se hace, no se da en los términos que se establecido. Más bien hay descuido, improvisación y, en un gran número de casos, buena voluntad (sobre todo de parte de los profesores regulares), que enfrentan serias limitaciones y con un deficiente apoyo de parte de los profesores de apoyo y en general del subsistema de educación especial.

Claro está que no se demerita todo lo que se ha hecho, pero si se reconoce que a pesar de ser una buena propuesta, lamentablemente no alcanzado para cimentar con base sólidas que lleven a transformar el subsistema de educación básica de nuestro país. Tal vez algunas de las principales limitantes para lograr la ansiada EI es el desconocimiento del valor que ésta tiene en la formación de sujetos respetuosos de la diversidad; la falta de formación y la sobre carga laboral de la cual son objeto de los docentes regulares; la poca participación que tienen los docentes de apoyo, sobre todo por las mismas políticas educativas que se han impulsado dentro de nuestro sistema educativo.

La cuestión es que si se cuenta con los recursos económicos para capacitar y actualizar a directivos, docentes (regulares y de apoyo) y demás actores educativos *¿por qué no hacerlo?* Situación que requiere de ser reconsiderada y

bien pensada para que realmente se logre este proceso de transformación hacia la EI y no quede como letra muerta, que acaba culpando a los docentes y directivos regulares, los que realmente tienen la responsabilidad de lograr que los alumnos con necesidades educativas específicas sean incluidos en las aulas regulares.

Quehacer en el que están íntimamente vinculados los docentes y especialistas de las USAER, lo que implica que ellos cuenten con la formación necesaria para diagnosticar, evaluar e intervenir en los procesos de inclusión y no queden como espectadores simplemente que marcan la pauta para que los docentes regulares trabajen. Tal vez es aquí donde la figura de un pedagogo(a) tendría gran relevancia al ser el profesional que mediara entre las figuras de la educación regular y las de apoyo. Sobre todo porque como profesional de la educación tenemos las competencias básicas para desarrollar las áreas de oportunidad mencionadas en este estudio de caso. Una de las principales intervenciones de la pedagoga sería fungir como puente para que se lleve a cabo de mejor forma el trabajo en equipo entre director, profesores regulares, de USAER y padres de familia; el que de acuerdo con mi experiencia resulta ser limitado e inadecuado.

Además se requiere que las escuelas cuenten con la infraestructura y los recursos necesarios para promover y fortalecer una EI, en la que todos los niños tengan las condiciones suficientes para lograr su participación, independientemente de sus condiciones y características. Tal vez una carta a *Santa Claus*, que difícilmente puede atender y comprender el titular de la SEP que hoy en día tenemos. Las preguntas son: *¿Realmente tenemos en nuestro país las bases para ofrecer una EI?, ¿cómo podemos hacer para que las autoridades de nuestro sistema educativo entiendan lo que ésta implica?, ¿hacia dónde podemos llegar con el tipo de políticas educativas que tanto cacarean “una educación de calidad”?*

En este caso, las autoridades educativas (llámense SEP o SENTE), antes de implementar modelos educativos de inclusión, deberían de reflexionar y hacer consciencia si realmente se tiene la infraestructura, recursos monetarios

materiales y humanos, para desarrollar en todas las escuelas del país este enfoque educativo. Sobre todo porque es un gran reto que requiere de lo antes indicado para que se desarrolle en todo el sistema educativo de nuestro país. No debemos olvidar que en nuestro país hay grandes diferencias y una gran diversidad cultural, algo que no ha sido tomando en cuenta y que ha llevado a aplicar la EI como un modelo que no se puede aplicar de manera homogénea.

Asimismo no cuestiono lo que se pretende con la EI, pero cómo se ha venido dando en el país presenta serias deficiencias de planeación, a la vez que dista mucho del cómo se pone en práctica en las aulas. Sobre todo por lo que yo puede observar durante mis prácticas académicas y que seguramente se da en un gran número de aulas de nuestro país. Esto que yo indico tiene que ver con la investigación que realicé y que me permitió reconocer el valor de mi formación como pedagoga, motivo por el cual me atrevo a decir que en la interacción entre todos los actores involucrados en una EI de los niños de nuestro sistema educativo, hace falta una figura que cumpla la función de mediador para mejorar la comunicación entre padres de familia-profesores regulares-profesores de apoyo-directivos. Ésta puede ser cubierta por los pedagogos(as). Un profesional que mira a la educación desde una diversidad de puntos: el escolar, el familiar, el social y el laboral; a la vez que su perfil académico implica las competencias necesarias para vislumbrar las diferentes perspectivas y a su vez el poder apoyar los procesos implicados en una EI, lo que permitiría una buena comunicación y conexión entre los actores antes indicados.

A la par de lo antes indicado, está presente la necesidad de que los profesionales de la educación, cuando se trate de un niño con discapacidad, tengan un conocimiento básico sobre las implicaciones que ésta tiene. Para ello, una vez que pude precisar la DI de mi caso, me di a la tarea de analizar información relevante sobre ésta, lo que me permitió saber de manera profunda sobre cuáles son: las causas que llevan a tener dicha discapacidad, la forma en que se les ha clasificado, las condiciones a través de la cuales se elabora su diagnóstico, los

tipos de tratamiento que se les deben dar a estas personas y así como los tipos de apoyos que se les deben ofrecer para que se dé su inclusión educativa. Todos éstos con la finalidad de tener claro cómo apoyar los conocimientos necesarios para lograr una adecuada intervención educativa y, con ello, favorecer el proceso de escolarización de Rodrigo. A su vez, en un futuro posible, el poder aplicar estos conocimientos en otras experiencias educativas.

En mi caso estas preguntas tienen como fundamento lo que yo conocí y viví durante mis prácticas académicas al trabajar con mi caso, lo que también me llevó a preguntar *¿qué se está haciendo al respecto por parte de la SEP?* Una pregunta que en realidad rebasa las pretensiones de mi tesis, pero que dejo abierta para todo aquel que busque realizar una investigación sobre lo que se requiere para poder alcanzar una EI.

Además he de indicar que la investigación como estudio de caso es un medio ideal para desarrollar investigación de los procesos de EI que se están llevando a cabo dentro de nuestro sistema educativo, sobre todo porque nos permite descubrir el origen de las dificultades que se presentan pero de manera profunda y no sólo a través de un índice estadístico, que en realidad poco o nada nos dice de la realidad que se vive al desarrollar estos procesos educativos. De tal manera que puedo afirmar que el estudio de caso es un método abierto que puede ser empleado para una gran diversidad de investigaciones, no solo de procesos educativos sino en general de todo lo que se estudia en las Ciencias Sociales.

De ahí que mi estudio de caso me permitió explicar las condiciones en las que se llevó y sigue llevando a cabo su proceso de inclusión educativa y de algunas las acciones que yo realice para poder apoyar al niño. Así, fui testigo y participe del proceso de evolución vivido por el al ser incluido en instituciones regulares, lo que me ayudó a comprender la realidad que vive un niño, sus familiares y la condición institucional en la que se está desarrollando la EI.

Además desarrollé habilidades vinculadas con la búsqueda de información y sistematización al estructurar los capítulos de mi tesis y por lo tanto poder realizar un escrito académico. Asimismo, me permitió conocer específicamente sobre la EI y la manera que como pedagoga puedo intervenir para que se lleve a cabo el proceso de inclusión educativa de sujetos con dicha discapacidad o alguna otra.

A su vez comprendí todo lo que implica ofrecer apoyos y definir estrategias de trabajo que eliminen las BAYP que institucionalmente se le ponen a los educandos al ser incluidos en las aulas regulares. Aunque cabe aclarar que me fue difícil comprender los términos médicos, ya que mi formación no está encaminada a la comprensión de los mismos; sin embargo, no fue un obstáculo para trabajar y apoyar a mi caso, ni para poder realizar esta investigación.

Finalmente, me atrevo a decir que es indispensable eliminar las etiquetas hacia las personas con discapacidad por el simple hecho de considerarlas diferentes de nosotros, ya que debemos recordar que ninguna persona es igual a otra. Lo que me lleva a reflexionar acerca de lo que dice un autor desconocido “Un niño es como una mariposa en el viento. Algunos vuelan más alto que otros pero cada cual vuela como mejor pueda. ¿Por qué comparar uno contra el otro? Cada uno es diferente...” (Anónimo. Como se citó en Parenting, 2013, párr. 1). Entonces, *¿Por qué compararnos?*, si todos somos parte de un mundo que por principio es diverso, que sólo tenemos como identidad (eso deseo) los derechos y obligaciones como sociedad. Supuesto que debemos forjar en toda las escuelas, fomentando los valores indispensables que permitan aceptar lo diferente para que la EI sea el mediador para lograr una sociedad incluyente.

Asimismo, cabe expresar que esta investigación enriquece y complementa mi formación profesional, sobre todo porque tuve la oportunidad de poner en práctica mis conocimientos. Y desde este punto como pedagoga honestamente es muy triste, frustrante y decepcionante conocer realmente en qué punto está parado nuestro sistema educativo en lo que respecta a la EI. Pero también representa

para mí un reto con altas expectativas, porque hay mucho por hacer, innovar, e implementar proyectos que contribuyan a la mejora de la EI. Claro está, no se trata de ser un mesías que funcione como remedio para todos los males, pero se debe de tener una utopía por la que luchar y si realmente se tiene como objetivo proporcionar una educación de calidad en cuanto a la inclusión, es responsabilidad de todos los actores que participan en el proceso de educación.

## REFERENCIAS

- Aguilar, Luis (1991 noviembre). "El informe Warnock". En: *Revista Cuadernos de Pedagogía*, núm. 197, pp. *n.d.*
- Alemañy, Cristina (2009, abril). "Integración e inclusión: dos caminos diferenciados en el entorno educativo". En: *Revista Cuadernos de Pedagogía*, núm. 2, vol. 1, pp. *n.d.*
- Álvarez, Arturo (2010, abril). "El estudio de caso: una estrategia ideal para realizar investigación de procesos de integración educativa". En: *Revista educ@upn*. México: UPN-Ajusco, núm. 3, pp. *n.d.* [Recuperado de: <http://educa.upn.mx/hemeroteca/vida-universitaria/211-num-03/257-el-estudio-de-caso-una-estrategia-ideal-para-realizar-investigacion-de-procesos-de-integracion-educativa>]. (Consultado el 04/01/14).
- APA (1995). DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. APA, MASSON. [Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>]. (Consultado el, 10/02/13).
- Arbeláez, Martha (2000 mayo). "La cognición: perspectivas teóricas". En: *Revista de Ciencias Humanas*, núm. 22, pp. *n.d.* [Recuperado de: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev22/arbelaez.htm>]. (Consultado el, 10/05/15).
- Arnaut, Alberto (1998). *La federalización educativa en México, 1989-1994*, México: SEP.
- Baena, Juan (2008 diciembre). "Antecedentes de la Educación Especial". En: *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, núm. 13, pp. *n.d.*
- Bermeosolo, Jaime (2010). *Psicopedagogía de la diversidad en el aula. Desafío de las barreras en el aprendizaje y la participación*, México: Alfaomega.
- Bolaños, Bolívar; Cambronero, María & Venegas, Aracely (2006). *Didáctica de la lecto escritura*, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Booth, Tony & Ainscow, Mel (2000). *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*, Madrid: UNESCO. [Recuperado de: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/sarrio/DOCUMENTOS,%20ARTICULOS,%20PONENCIAS,/Guia%20para%20la%20evaluacion%2](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/DOCUMENTOS,%20ARTICULOS,%20PONENCIAS,/Guia%20para%20la%20evaluacion%2)



*Oy%20mejora%20de%20la%20educacion%20inclusiva.%2003.pdf*.  
(Consultado el, 05/02/2013).

Cámara de Diputados del Congreso de la Unión (2003). *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, México: GF.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2011). *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*, México: GF.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2013), “Ley General de Educación”, México: GF. [Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf>]. (Consultado el 17/10/2013).

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (n.d.). “Ley Federal de la Cultura del Sordo”, México: GF. [Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/iniciativas/Inic/291/2.htm>]. (Consultado el 29/11/13).

Cardona, Angélica; Arámbula, Lourdes & Vallarta Gabriela (2011). *Estrategias de Atención para las Diferentes Discapacidades*, México: Trillas.

Casanova, María & Rodríguez Humberto (coords.) (2009). *La inclusión educativa, un horizonte de posibilidades*, Madrid: La muralla.

Castanedo, Celedonio (1999). *Deficiencia Mental. Aspectos teóricos y tratamientos*, Madrid: CCS.

Cómputo académico UNAM (n.d.). “Historia de Grupos Integrados Específicos para Hipoacúsicos”. [Recuperado de: <http://www.gieh.unam.mx/hist.htm>]. (Consultado el 04/10/13).

Corral, Sara, Arribas, David, Santamaría, Pablo, Sueiro, Manuel & Pereña, Jaime (2005). “Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV)”, España: S.A. [Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/WISC-IV.pdf>]. (Consultado el 13/02/14).

Cortés, J. (n.d.). “Exorcismos y liturgia” [Recuperado de: [http://www.mercaba.org/LITURGIA/NDL/E/exorcismos\\_y\\_liturgia.htf](http://www.mercaba.org/LITURGIA/NDL/E/exorcismos_y_liturgia.htf)]. (Consultado el 19/04/14).

Covarrubias, Pedro (n.d.). “Alternativas de atención para la identificación y desarrollo de habilidades cognitivas en alumnos y alumnas con aptitudes sobresalientes”. [Recuperado de: <http://redsobresalientes.org/wp-content/uploads/2008/10/la-intervencion-en-alumnos-y-alumnas-con-aptitudes-sobresalientes.pdf>]. (Consultado el, 20/05/13).

- CPGMDH (n.d.). *Glosario de Términos sobre Discapacidad*. [Recuperado de: [http://portal.salud.gob.mx/codigos/carrusel/pdf/glosario\\_de\\_terminos\\_sobre\\_discapacidad.pdf](http://portal.salud.gob.mx/codigos/carrusel/pdf/glosario_de_terminos_sobre_discapacidad.pdf)]. (Consultado el
- Definición ABC (n.d.) “Definición de Oligofrénico” [Recuperado de <http://www.definicionabc.com/salud/oligofrenico.php>]. (Consultado el, 03/10/13).
- Definición de (n.d.). “Definición de Mnemotecnia” [Recuperado de: <http://definicion.de/mnemotecnia/>]. (Consultado el 25/02/15).
- El Síndrome de Williams (2010). “¿Qué es el Síndrome de Williams?”. [Recuperado de: <http://www.sindromewilliams.org/index.php/es/quees>]. (Consultado el 05/02/14).
- Escalante, Iván (2013, noviembre). “Proyecto de Investigación y de Intervención para el Desarrollo de la Integración Educativa”, México: UPN, Power Point.
- Federación Asperger España (n.d.). “El Síndrome de Asperger”. [Recuperado de: <http://www.asperger.es/asperger.php?def=3Caracter%EDsticas/>]. (Consultado el, 05/02/14).
- García, Carmen (1992). *La investigación sobre la integración: Tópicos, aproximaciones y procedimientos*, Salamanca: Amarú.
- García, Isabel (2006). “Concepto actual de Discapacidad Intelectual”, En Revista: *Intervención Psicosocial*, vol. 14, No. 3, pp. 255-276. [Recuperado de: [http://www.excepcionales.cl/publicaciones/pdf/3\\_Articulos\\_SitioWeb\\_Excepcionales.pdf](http://www.excepcionales.cl/publicaciones/pdf/3_Articulos_SitioWeb_Excepcionales.pdf)]. (Consultado el, 19/05/2013).
- García, Ismael et al. (2000). *La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*, México: SEP/FMCTyC-México-España/CE.
- Gobierno Federal (2009). *Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad*, México: GF.
- González, Daniel (1995). *Adaptaciones curriculares: guía para su elaboración*, Málaga: Aljibe.
- Guajardo, Eliseo (2009 marzo). “La integración y la inclusión de alumnos con discapacidad en América Latina y el Caribe”. En: *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, vol. 3, pp. 15-23.
- Guía metabólica (n.d.). “¿Qué son los mucopolisacáridos (GAGs)?”. [Recuperado de: <http://www.guiametabolica.org/informacion/que-son-los-mucopolisacaridos-gags?enfermedad=12>]. (Consultado el, 24/06/14).

- Guijarro, Rosa (1999). "Hacia una escuela para todos y con todos". [Recuperado de:  
<http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/escuela/documentos/formacionactualizacion/EscuelaTodos.pdf>]. (Consultado el, 25/11/13).
- Hernández, Roberto; Fernández-Collado, Carlos & Baptista, Pilar (2011). *Metodología de la investigación*, México: McGraw Gil.
- Iglesias, José & Sánchez, Ma. Del Carmen (2007). *Diagnostico e Intervención Didáctica del Lenguaje Escolar*, Netbiblo: España.
- Imbernón, Francisco (coord.) (2009). *La investigación educativa como herramienta de formación del profesorado*. Barcelona: Graó, núm. 167.
- Infosalus (2015). "¿Qué son las benzodicepinas?" [Recuperado de:  
<http://www.infosalus.com/farmacia/noticia-son-benzodicepinas-20150119092332.html>]. (Consultado el, 24/06/14).
- Inspirational Quote: Parenting (2013, octubre). [Recuperado de:  
<http://www.learningstationmusic.com/blog/2013/10/11/inspirational-quote-parenting/>]. (Consultado el, 15/03/15).
- Jiménez, Paco & Vilá, Montserrat (1999). *De Educación Especial a Educación en la Diversidad*, Málaga: Aljibe.
- La desviación típica... (n.d.). "Diccionario de psicología científica y filosófica". [Recuperado de:  
<http://www.e-torredabel.com/Psicologia/Vocabulario/Desviacion-Tipica.htm>]. (Consultado el, 23/06/14).
- Lambert, Jean-Luc (1987). *Introducción al Retraso Mental*, Barcelona: Herder.
- Mata, Brenda (2006). "La Drogadicción". [Recuperado de:  
<http://portal.educar.org/foros/la-drogadiccion>]. (Consultado el, 14/05/14).
- Medline Plus (n.d.). "Carbamazepina" [Recuperado de:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a694015-es.html>]. (Consultado el, 24/06/14).
- Medline Plus (n.d.). "Clozapina" [Recuperado de:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a691001-es.html>]. (Consultado el, 24/06/14).
- Medline Plus (n.d.). "Haloperidol" [Recuperado de:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682180-es.html>]. (Consultado el, 24/06/14).

Medline Plus (n.d.). “Lamotrigina” [Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a695007-es.html>]. (Consultado el, 24/06/14).

Medline Plus (n.d.). “Litio” [Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a681039-es.html>]. (Consultado el, 24/06/14).

Medline Plus (n.d.). “Risperidona” [Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a694015-es.html>]. (Consultado el, 24/06/14).

Medline Plus (n.d.). “Zolpidem” [Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a693025-es.html>]. (Consultado el, 24/06/14).

MINEDUC (1994). *Declaración de Salamanca. De principios, política y práctica para las Necesidades Educativas Especiales*, España: UNESCO.

MINEDUC (2008). “Necesidades Educativas Especiales Asociadas a Retraso del Desarrollo y Discapacidad Intelectual”, En: Guía de Apoyo Técnico-Pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el Nivel de Educación Parvularia, Chile: MINEDUC. [Recuperado de: <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaIntelectual.pdf>]. (Consultado el, 23/06/14).

Molina, Santiago (1999). *Deficiencia mental. Aspectos psicoevolutivos y educativo*, Málaga: Aljibe.

Morris, Charles & Maisto, Albert (2005). *Psicología*, México: Pearson Educación.

Muñiz, José (1998). “La medición de lo psicológico”. En Revista: *Psicothema*, España: Universidad de Oviedo, vol. 10, pp. 1-21.

Norris, Janet (2003). “Uso de la Alfabetización. Elementos lingüísticos involucrados para la enseñanza de la lengua oral y escrita. Parte 3. Introducción al modelo SDS”, EU, Power Point.

OEA (n.d.). “Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes. Bienvenidos al INN”, OEA. [Recuperado de: <http://www.iin.oea.org/IIN2011/index.shtm>]. (Consultado el 24/11/12).

OEI (1990, marzo). “Declaración Mundial sobre educación para todos y Marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje”. [Recuperado de: [http://www.unesco.org/education/pdf/JOMTIE\\_S.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/JOMTIE_S.PDF)]. (Consultado el, 26/11/13).

- OEI (1994). "Administración General y Competencias". [Recuperado de: <http://www.oei.es/quipu/mexico/mex05.pdf>]. (Consultado el, 17/10/13).
- OEI (2000, abril). "Declaración Mundial sobre educación para todos. Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje".
- OMS (2001.). "Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS", OEA. [Recuperado de: [http://www.capitalemocional.com/Textos\\_Psico/Clasificaci%F3n\\_de\\_trastornos\\_mentales\\_CIE\\_10.pdf](http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf)]. (Consultado el, 18/02/14).
- ONU (1971). "Declaración de Derechos del Retrasado Mental". [Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/6/pr/pr40.pdf>]. (Consultado el 19/05/2013).
- ONU (1975). "Declaración de los Derechos de los Impedidos", ONU. [Recuperado de: [web:http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2006.pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2006.pdf)]. (Consultado el, 19/05/13).
- Orgullo Down Venezuela (2013, agosto). "Palabra "mongólico", ¿insulto o discriminación?". [Recuperado de: <http://orgulldownvenezuela.blogspot.mx/2013/08/la-palabra-mongolico-insulto-o.html>]. (Consultado el, 05/05/13).
- Otero, Adriana (2006). "Material de apoyo. Actualizaciones en evaluación y psicodiagnóstico infanto-juvenil. Escala de madurez social de Vineland". [Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/50667975/Escala-Madurez-Social-Vineland>]. (Consultado el 02/05/14).
- Pabón, Rafael (2011, febrero). "La inclusión educativa ¿Utopía o realidad?". [Recuperado de: [http://www.asdown.org/descargas/educacion/la\\_inclusion\\_educativa\\_utopia\\_o\\_realidad.pdf](http://www.asdown.org/descargas/educacion/la_inclusion_educativa_utopia_o_realidad.pdf)]. (Consultado el, 23/11/12).
- Parenting (2013, octubre). Inspirational Quote: Parenting. [Recuperado de: <http://www.learningstationmusic.com/blog/2013/10/11/inspirational-quote-parenting/>]. (Consultado el, 12/02/15).
- Pérez, Manuel (2013, 25 de julio). "Des Enlace". En: Periódico: La Jornada. [Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2013/07/25/opinion/022a2po/>]. (Consultado el, 12/09/13).
- Porras, Ramón (1998). *Una escuela para la integración educativa. Una alternativa al modelo tradicional*, Sevilla: Publicaciones MEC.

- Puigdemívol, Ignasi (1999). *La educación especial en la escuela integrada: Una perspectiva desde la diversidad*, Barcelona: Graó.
- Retraso mental nivel 4... (n.d.). "Evaluación". [Recuperado de: <http://www.biopsicologia.net/Nivel4-Patolog%C3%ADas/111-retraso-mental/>]. (Consultado el, 12/02/14).
- Rodríguez, Ma. Josefa & Blanco, Carlos de Pablo (2004). *Retraso mental*, Madrid: Síntesis.
- Rubio, Francisco (2009, Junio). "Principios de Normalización, Integración e Inclusión". En: Revista digital *Innovación y experiencias educativas*, núm. 19, pp. 1-9.
- Sabariego, Marta; Massot, Inés & Dorio, Inma (2004). "Métodos de investigación cualitativa". En: Bisquerra, Rafael (coord.), *Metodología de la investigación educativa*, Madrid: La Muralla, pp. 293-328.
- Sáez, Alex (n.d.). "¿Qué es un profesor sombra?", México: Exelcior.com.mx. [Recuperado de: [http://www.ehowenespanol.com/profesor-sombra-info\\_469913/](http://www.ehowenespanol.com/profesor-sombra-info_469913/)]. (Consultado el, 23/01/14).
- Sánchez, Antonio & Torres José. (1998). *Educación especial I: Una perspectiva curricular, organizativa y profesional*, España: Pirámide.
- Sánchez, Esteban (1994). *Introducción a la Educación Especial*, Madrid: Complutense.
- Sánchez, Pedro, Mary Cantón & Dora Sevilla (2000). *Compendio de Educación Especial*, México: El Manual Moderno.
- Schalock, Robert *et al.* (2007). "El nuevo nombre del retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual". En: *Revista Española Siglo Cero*, Salamanca: Universidad de Salamanca, 38(4), pp. 1-19.
- Scheerenberger. (1984): *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- SEP (1992). "Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (ANMEB)", México: SEP. [Recuperado de: <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/educacioninclusiva/documentos/PoliticaNacional/AcuerdoModernizacionEB.pdf>]. (Consultado el, 17/10/2013).
- SEP (2002). *Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa*, México: SEP.

- SEP (2003). *Lineamientos Técnico Pedagógicos de la USAER*, México: SEP.
- SEP (2010a). *Discapacidad Intelectual. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*, México: Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).
- SEP (2010b). *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México. Una visión histórica de sus Modelos de Atención*, México: SEP.
- SEP (2010c). *Programa Escuelas de Calidad. Guía para facilitar la inclusión de alumnos y alumnas con discapacidad en escuelas que participen en el PEC*, México: SEP.
- SEP (2011). *Acuerdo 592: por el que se establece la articulación de la Educación Básica*. México: SEP.
- SEP (2012a, junio). *Antecedentes*. [Recuperado de: [http://www2.sepdf.gob.mx/quienes\\_somos/afsedf/](http://www2.sepdf.gob.mx/quienes_somos/afsedf/)]. (Consultado el, 17/10/13).
- SEP (2012b, junio). “Dirección general de operación de servicios educativos”. [Recuperado de: [http://www2.sepdf.gob.mx/quienes\\_somos/dgose/funciones.jsp](http://www2.sepdf.gob.mx/quienes_somos/dgose/funciones.jsp)]. (Consultado el, 08/08/13).
- SEP (2013a, junio) “Dirección de Educación Especial”. [Recuperado de: <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/index.php>]. (Consultado el, 08/08/13).
- SEP (2013b, junio). “Centro Digital de Recursos de Educación Especial”. [Recuperado de: <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/institucional-que-es-educacion-especial.php>]. (Consultado el, 21/10/13).
- SEP (n.d.a). “Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa”. [Recuperado de: [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2012/Datos\\_pfe\\_eie\\_2012.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2012/Datos_pfe_eie_2012.pdf)]. (Consultado el, 12/02/14).
- SEP (n.d.b). *Lineamientos Técnico Pedagógicos de los Servicios de Educación Especial. Documento de Trabajo*, México: SEP.
- SEP-DEE (2011). *Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial*, México: SEP.
- Smith, Romaine (1999). *Niños con Retraso Mental. Guía para padres, terapeutas y maestros*, México: Trillas.

- Sosa, Laura (2009). "Reflexiones sobre la discapacidad. Dialógica de la inclusión y exclusión en las prácticas". En: Revista *Ágora para la educación física y el deporte*, núm. 9, pp. 57-82.
- SSA (2007). "Carbamazepina". México: SSA. [Recuperado de: [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Carbamazepina.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Carbamazepina.htm)]. (Consultado el, 01/09/14).
- Stake, Robert (2007). *Investigación con estudio de caso*, Madrid: Morata.
- Tharp, Roland et al. (2000). *Transformar la enseñanza, excelencia, equidad, inclusión y armonía en las aulas y las escuelas*. España: Paidós.
- Thorndike Robert & Hagen, Elizabeth (1975). *Tests y técnicas de medición en psicología y educación*, México: Trillas.
- Toledo, Miguel (1989). *La Escuela Ordinaria ante el Niño con Necesidades Educativas Especiales*, Madrid: Santillana.
- UNESCO (1994, junio). *Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales*, Salamanca: España. [Recuperado de: [http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA\\_S.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF)]. (Consultado el 12/10/13)
- UNESCO (2000a). *Índice de Inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*, Bristol UK: CSIE.
- UNESCO (2000b). *Marco de acción de Dakar. Educación para todos: cumplir nuestros compromisos comunes*, Senegal: UNESCO.
- UNESCO (2008, noviembre). *Conferencia Internacional de Educación 48a reunión. "La Educación Inclusiva: el camino hacia el futuro"*, Ginebra: Suiza [Recuperado de: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/sarrio/declaraciones%20manifiestos/ICE\\_FINAL\\_REPORT\\_spa \[1\].pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/sarrio/declaraciones%20manifiestos/ICE_FINAL_REPORT_spa [1].pdf)]. (Consultado el 25/11/13).
- UNESCO (2008). "Declaración Universal de Derechos Humanos", UNESCO. [Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>]. (Consultado el, 07/10/13).
- Verdugo, Miguel (1995). *Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, Miguel (2003). "Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002". En: *Revista Española Siglo Cero*, Retraso Mental. Definición, Clasificación y



Sistemas de Apoyos. Libro de Trabajo -10 Edición 2003, vol. 34(1), núm. 205, pp. 5-19.

Verdugo, Miguel (2010). "Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual", En: *Revista Española Siglo Cero*, 2010, vol. 41 (4), núm. 236, pp. 7-21.

Verdugo, Miguel & Jenaro (2002). *Retraso Mental. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyos. Libro de Trabajo -10 Edición*, España: Alianza.

Villa, Nuria (2007). *La Inclusión Progresiva de las Personas con Discapacidad Intelectual en el Mundo Laboral (1902-2006)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Madrid.

Wisky salud (2009, marzo). *Modelo de los tres anillos (Renzulli)*. [Recuperado de: <http://wisky-salud.over-blog.es/article-28689923.html>]. (Consultado el, 20/05/13).

Zacarías, Alicia Peña de la y Saad, Elisa (2009). *Inclusión Educativa*, México: Aula Nueva SM.

# ANEXOS

## Anexo 1



México, D. F., a 30 de agosto de 2012

**PROFRA. LORENA VENEGAS JAIMEZ**  
**DIRECTORA DE LA ESCUELA PRIMARIA "GRECIA"**  
**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 la alumna **Agueda Coral Aburto Puebla**, con número de matrícula 09205761 y quien cursa 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 en dicha institución.

Dichas prácticas se realizarán los días viernes de 08:00 a 14:00 hrs. durante todo el ciclo escolar (2012-2013), iniciando el 7 de septiembre de 2012 y concluyendo el 28 de junio de 2013, para que la estudiante conozca y apoye el proceso de inclusión educativa de un niño con NEE. Es importante indicar, que esta experiencia y conocimientos fortalecerá su formación como futura profesional en el campo de la Pedagogía y de la educación en nuestro país.

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



*Dr. Arturo Cristóbal Álvarez Balandra*

S. E. P.  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA  
NACIONAL

~~SECRETARÍA DE EDUCACIÓN~~

**DR. ARTURO CRISTÓBAL ALVÁREZ BALANDRA**  
**RESPONSABLE DE 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](mailto:aalvarez1957@hotmail.com)**



## Anexo 3

ABRIL 2008

RODRIGO REYES ROGRIGUEZ

3º "A"

Rodrigo es un niño que no ha alcanzado las competencias necesarias, y suficientes ya que tenemos que considerar que es un niño de tercer grado de preescolar que no es capaz de expresarse oralmente para compartir información de él, de su familia.

Esta situación se le ha hecho saber a la mamá del niño quien aunque se ha mostrado accesible para escuchar las estrategias que se le proporcionan y para participar en el plantel, no ha sido suficiente.

Cabe mencionar que a partir de enero; que tanto en casa como en la escuela se designo un tiempo determinado para apoyarlo individualmente el niño grafica esquema corporal, però solo si estamos junto a él, ya que al dejarlo solo no lo lleva a cabo.

Se ha hablado con la mamá en varias ocasiones apoyándola para el trabajo en casa dándole juegos específicos para Rodrigo, dando así una variable de los juegos que se les deja al resto de sus compañeros.

### Anexo 3

JARDIN DE NIÑOS "TEPEPAN"  
C1071-36  
EVALUACIÓN FINAL  
CICLO ESCOLAR 2007-2008

RODRIGO REYES VAZQUEZ  
3º "A"

Rodrigo es un niño que curso en este jardín de niños "Tepepan" solo el tercer grado de preescolar a quien le cuesta demasiado trabajo relacionarse con sus compañer@s, así como expresar sentimientos o cualquier otro aspectos.

Con ayuda, nombra algunos objetos o personas sin establecer una ordenación en el momento que se pretende narrar algún suceso. Además en la mayoría de las ocasiones no muestra comprender el mensaje de las consignas que se le dan, aunque estas ya se la hayan repetido en más de dos ocasiones. Es muy frecuente que para tratar de explicar algo repita algo que haya escuchado de sus compañer@s.

No se logro que comprenda cual es la función del lenguaje escrito, ni para que podemos leer, al crear su escritura solo lo realiza si estamos junto a él; utilizando graffas y algunas letras que lleva su nombre (cabe mencionar que su nombre no lo escribe)

Reconoce solo portadores de texto como cuento, periódico, sin mencionar características de ellos. A partir de alguna lectura en voz alta no participa ni cuando se le pregunta directamente.

En cuanto al aspecto matemático expresa la serie numérica solo hasta 5 sin una consistencia, no se observa una relación uno a uno con los objetos que pretende contar, para resolver algún problema numérico es necesario que se le diga paso a paso que hacer en mas de una ocasión y no logra explicar como lo hizo aun con ayuda. Su representación es no convencional sin tomar en cuenta la cardinalidad

Aunque se le pida observe algún objeto o ser vivo, o fenómeno no es capaz de expresar características de estos; en ocasiones repite alguna que haya escuchado de sus compañeros. Aún con ayuda se le dificulta responder a cuestionamientos,

Sus desplazamientos se observan inseguros. Cabe mencionar que en el expediente médico se informa tiene disminución auditiva (en la escuela cuando se le habla volteo, aunque se distrae con gran facilidad); de esta situación se le estuvo solicitando a la mamá lo llevara a valoración con un especialista; pero no se tuvo respuesta. Además frecuentemente tiene los ojos irritados y los entrecierra mucho; de esto la mamá del niño informa le dieron tratamiento y comunica tener citas médicas para valorar si requieren la utilización de lentes.

Resibí arrigal ..

### Anexo 3

Todos estos aspectos y capacidades mencionadas se le han hecho saber a la mamá del niño quien aunque se ha mostrado accesible para escuchar las estrategias que se le proporcionan y para participar en el plantel, pero no ha sido suficiente, para el avance de desarrollo de capacidades.

Cabe mencionar que a partir de enero; que tanto en casa como en la escuela se designo un tiempo determinado para apoyarlo individualmente; brindándole a la mamá del niño acciones específicas para realizar en casa, y trabajando con él en el plantel durante todos los días el niño. grafica esquema corporal, pero solo si estamos junto a él, ya que al dejarlo solo no lo lleva a cabo.

Se ha hablado con la mamá en varias ocasiones apoyándola para el trabajo en casa dándole juegos específicos para Rodrigo, dando así una variable de los juegos que se les deja al resto de sus compañeros.

Además se a contemplado las sugerencias dadas por el equipo de trabajo y de las cuales no se han obtenido los avances necesarios.

Por otro lado, también se puede hacer mención de que Rodrigo es el 4º hijo de 5 hermanos, por referencia de la mamá al parecer sus otros hijos también tienen problemas de aprendizaje e incluso una hermana con problemas de enuresis.

Esta información recabada fue considerada de lo que la educadora titular de grupo ha observado en Rodrigo así como de las entrevistas que la psicóloga Norma ha tenido con la mamá del niño.

Profesora titular  
María de Jesús Hernández del Valle

  
V. B.  
Psicóloga  
Norma Alicia Mendoza Moreno

S. E. P. V. B.  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN BÁSICA  
DIRECTORA  
María del Rayo Álvarez Lozano  
"TEPEPAN"  
C. 1071 36  
C. 09DUN0335E  
DELEGACIÓN XOCHIMILCO

# Anexo 4

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES  
DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA

Nº 194494

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"  
AV. SAN BUENAVENTURA No.86 COL. BELISARIO DOMINGUEZ, C.P. 14080  
TLALPÁN, D.F. TELS. 55-73-48-44 / 48-66 / 49-55

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIO Psig No.: 111996 FECHA 23 03 10  
DÍA MES AÑO

PACIENTE Reyes Vázquez Rodríguez  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

NOMBRE GENERICO Carbamazepina NOMBRE COMERCIAL Carbazina Sup. UO

INSTRUCCIONES DE USO  
1. Expedir receta en original  
2. Anotar nombre genérico  
3. Especificar dosis y vía de administración  
4. Indicar dosis y vía de administración  
5. Sólo utilizar la prescripción de un medicamento por receta

**SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"**

NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO (AUTÓGRAFA)  
Martín

UIC. María de los Angeles Ugarte Briones  
Médico Cirujano Céd. Prof. 2283158  
Especialista en:  
Psiquiatría Inf. y de la Adolescencia Céd. Prof. 3181215

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES  
DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA

Nº 194497

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"  
AV. SAN BUENAVENTURA No.86 COL. BELISARIO DOMINGUEZ, C.P. 14080  
TLALPÁN, D.F. TELS. 55-73-48-44 / 48-66 / 49-55

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIO Psig No.: 111996 FECHA 15 Mayo 2010  
DÍA MES AÑO

PACIENTE Reyes Vázquez Rodríguez  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

NOMBRE GENERICO Metilfenidat NOMBRE COMERCIAL Tradea Tab 10 mg UO

INSTRUCCIONES DE USO  
1. Expedir receta en original  
2. Anotar nombre genérico  
3. Especificar dosis y vía de administración  
4. Indicar dosis y vía de administración  
5. Sólo utilizar la prescripción de un medicamento por receta

**SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"**

NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO (AUTÓGRAFA)  
Martín

Dra. María de los Angeles Ugarte Briones  
Médico Cirujano Céd. Prof. 2283158  
Especialista en:  
Psiquiatría Céd. Prof. 3181215  
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Céd. Prof. 4255581



## Anexo 5



### HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

SERVICIOS DE  
ATENCIÓN  
PSIQUIÁTRICA

#### INFORME MEDICO

Nombre: Rodrigo Reyes Vázquez

Expediente: 111996

Diagnóstico: Retraso mental superficial y trastorno de la pronunciación.

Tratamiento: carbamazepina suspensión 0-0- 2ml (asi lo administra la madre) v.o

Fecha de última consulta: 03 de Enero 2011

Fecha de elaboración: 17 de Marzo 2011

Observaciones: Terapia de lenguaje del 8 de sep 2009 al 17 de Diciembre 2010 alta por máximo beneficio y se le dan indicaciones a lamadre a seguir en casa. Se integró a terapia psicoeducativa, el apoyo pedagógico lo recibe desde diciembre 2009 a la fecha, sus logros han sido lentos, se insiste en seguir la terapia donde se trabaje atención y memoria. Su Electroencefalograma es normal. Insistir en acudir a sus citas. Insisto en límites y figuras de autoridad, Disciplina.

Atte. Dr.

Dra. María de los Angeles Ugarte Salazar  
Psiquiatría  
Psiquiatría Infantil y de la adolescencia  
Ced. Prof. 2283158

Nota: Esta información fue obtenida del expediente clínico y es de uso exclusivamente médico, y no constituye un peritaje, por lo que únicamente se da cumplimiento al art. 8 Constitucional y al Art. 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

C. c. p. - Expediente Clínico.



S.S.A. SERVICIOS DE ATENCIÓN  
PSIQUIÁTRICA  
HOSPITAL PSIQUIATRICO  
INFANTIL  
"DR. JUAN N. NAVARRO"  
CONSULTA

## Anexo 6

### Cuestionario

1. Nombre
2. Edad
3. Profesión
4. Antigüedad en la escuela
5. Años en el servicio educativo
6. ¿Qué entiende usted por inclusión educativa?
7. ¿El personal docente, el equipo directivo, los estudiantes y los padres comparten una filosofía inclusiva?
8. ¿La escuela elimina barreras arquitectónicas?
9. ¿Cuáles son las dificultades que enfrenta el maestro al integrar a un niño con discapacidad?
10. ¿Qué se entiende por intervención psicopedagógica?
11. ¿Qué elementos teóricos y prácticos se requieren para realizar una intervención?
12. ¿Cómo debe considerarse al currículo básico para el diseño y desarrollo de la intervención?
13. ¿Cómo se desarrolló el proceso de intervención psicopedagógica en el caso de Rodrigo?
14. ¿Los involucrados en el proceso de la intervención, siempre serán los mismos o cambian?
15. ¿Hay una relación asidua entre el profesorado, USAER y los padres/tutores?
16. ¿Qué se hace en la escuela (o en el aula) para favorecer los aprendizajes en los niños en situaciones de desventaja?
17. ¿El profesorado desarrolla recursos para apoyar el aprendizaje y la participación?
18. ¿La enseñanza se planifica teniendo presente los procesos de aprendizaje de todos los alumnos?
19. ¿Cómo son las adecuaciones curriculares que se llevan a cabo con respecto al caso de Rodrigo?
20. ¿Los tiempos y la organización son accesibles y adecuados a las necesidades de los alumnos y para la realización de las actividades?
21. ¿La evaluación contribuye a los logros de todos los estudiantes?
22. Al concluir el alumno la educación primaria, ¿se le sigue proporcionando el apoyo de la USAER o depende de la nueva escuela?

## Anexo 7

### INFORME INICIAL CICLO ESCOLAR 2010 - 2011

FECHA DE ELABORACIÓN: MARZO 17 DE 2011.

#### DATOS GENERALES

Escuela Primaria: GRECIA Turno: JORNADA AMPLIADA Grado: 2° Grupo: A

Nombre del alumno: RODRIGO REYES VAZQUEZ Edad: 8 AÑOS  
Fecha de Nacimiento: 13 DE DICIEMBRE DE 2002 CURP: REVR021213HDFYZDA4

Maestra de grupo: BELINDA TELLO LÓPEZ  
Maestra de apoyo: MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ SORIA

I. MOTIVO DE ATENCIÓN: EL ALUMNO ES REPETIDOR DE 2°. GRADO, CANALIZADO POR LA PROFESORA DE GRUPO, PRESENTA DISCAPACIDAD INTELECTUAL SUPERFICIAL Y TRASTORNO DE PRONUNCIACIÓN QUE INTERFIERE EN EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS DE COMUNICACIÓN Y LÓGICA MATEMÁTICA.

II COMPETENCIA CURRICULAR: COMUNICACIÓN.- ES CAPAZ DE EXPRESAR SUS IDEAS, SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS VERBALMENTE ANTE LOS CUESTIONAMIENTOS REALIZADOS POR LA PROFESORA DE GRUPO Y APOYO, SUS RESPUESTAS SON LIMITADAS A UN SI Y UN NO. CON RESPECTO A COMUNICACIÓN ESCRITA ES CAPAZ DE COPIAR, SIN SEPARACIÓN ENTRE PALABRAS, IDENTIFICA LAS VOCALES Y ALGUNAS CONSONANTES CON REFERENTES. REALIZA DICTADOS DE PALABRAS SENCILLAS CON APOYO, LA LECTURA ES A TRAVÉS DE IMAGEN TEXTO, ESCUCHA LA LECTURA REALIZADA POR SUS COMPAÑEROS O EL ADULTO, TIENE PERIODOS CORTOS DE ATENCIÓN LO QUE REPERCUTE EN LA COMPRESIÓN LECTORA DEL MENOR.

LÓGICA MATEMÁTICA.- TIENE CONCEPTO DE NÚMERO DEL 1 AL 30, CON APOYO DE MATERIAL CONCRETO Y GUIADO POR SU MAESTRA HASTA EL 100. RECONOCE ANTECESOR Y SUCESOR HASTA DECENAS. RECONOCE LOS SIGNOS DE SUMA Y RESTA RELACIONANDO CON LA ADICIÓN Y SUSTRACCIÓN. ELABORA SUMAS Y RESTAS SENCILLAS CON APOYO DE MATERIAL CONCRETO

EXPLORACIÓN DE LA NATURALEZA Y LA SOCIEDAD:

RECONOCE LAS PARTES DE SU CUERPO, LOS ESPACIOS DE CONVIVENCIA DIARIA EN LA FAMILIA, EXPLORA EL ESPACIO DONDE VIVE, SIGUE INDICACIONES SENCILLAS.

## Anexo 7

### III. ANALISIS CONTEXTUAL SITUACIONES QUE FAVORECEN Y BARRERAS PARA EL APRENDIZAJE Y LA PARTICIPACIÓN

CONTEXTO	SITUACIONES QUE FAVORECEN	SITUACIONES QUE OBSTACULIZAN	IDENTIFICACIÓN DE BAP	ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN (RESPONSABLES)
ÁULICO	<p>La mayoría de los alumnos tienen consolidada la escritura y la lectura, solo 5 niños presentan rezago escolar, lo que permite a la maestra apoyar a estos alumnos en ocasiones de manera individual.</p> <p>La profesora planea de acuerdo a la RIEB por Proyectos, tiene identificado los aprendizajes esperados.</p> <p>Además utiliza diversos tipos de agrupamientos para realizar sus actividades, ella acepta e integra a Rodrigo en las actividades y tiene altas expectativas de logro.</p> <p>También hace uso de diversos materiales (libros del alumno, del rincón, etc.) y el mobiliario es adecuado.</p>	<p>El alumno se ausentó por cinco meses de la escuela, la maestra anterior no aceptaba al alumno y lo canalizó a CAM, mencionándole a la madre que tenía discapacidad intelectual por lo cual no estaba apto para integrarse a una primaria regular, actualmente se encuentra en un proceso de adaptación al grupo y al trabajo.</p> <p>Sus inasistencias constantes (mínimo una vez a la semana) por asistir a atención complementaria y/o por enfermedad.</p> <p>En cuanto al formato de planeación, se maneja la estructura propuesta en la RIEB pero en cuanto al contenido se observan inconsistencias y falta de claridad para poder llevar a cabo el proyecto o la secuencia didáctica como corresponde.</p> <p>Algunos alumnos no aceptan la diversidad y en ocasiones etiquetan al alumno por sus características, lo que le genera inseguridad para relacionarse con sus compañeros y participar.</p> <p>Los criterios de evaluación son los mismos para todos.</p>	<p>Dentro del grupo no se ha logrado crear un ambiente inclusivo, de respeto a la diversidad.</p> <p>Dificultad para flexibilizar el currículo (planeación, evaluación) y dar respuesta a la diversidad.</p>	<p>Desarrollar el Programa Intercultural Bilingüe.</p> <p>Incluir en la Planeación de la profesora un apartado de observaciones y sugerencias donde USAER oriente y proponga actividades para reforzar el proceso de aprendizaje del alumno (Planeación Conjunta).</p> <p>Orientación dirigida a todo el grupo con material concreto para reafirmar el proceso de resolución de problemas de suma y resta con transformación.</p> <p>Para fortalecer la lecto-escritura se realizan actividades de comprensión lectora apoyándose en el PEL.</p> <p>Proponer y promover formas de evaluación, flexibles favoreciendo la expresión oral.</p>
ESCOLAR	<p>La escuela elabora el PETE, en colegiado respetando los acuerdos y compromisos.</p> <p>La directora toma en cuenta las opiniones de USAER para la atención a la diversidad.</p>	<p>Algunos docentes solicitan la atención del alumno de manera individual ya que mencionan que no hay avances.</p> <p>Los Programas Federales en relación a la competencia lectora solo se enfocan a la velocidad de la lectura anulando la fluidez</p>	<p>Los tiempos de organización escolar no son compatibles con el horario del docente de apoyo de la USAER ya que la escuela es de jornada ampliada.</p> <p>Existe heterogeneidad de intereses, necesidades y opiniones entre</p>	<p>Elaboración y entrega de cronogramas.</p> <p>Organización de la USAER.</p> <p>Llevar formas de comunicación y clima de trabajo favorables.</p> <p>Planeación conjunta en colegiado.</p> <p>Formación, actualización y</p>

## Anexo 7

	<p>Se consideran una escuela inclusiva porque atiende a la diversidad, los profesores llevan registros de alumnos y portafolio de evaluación y colaboran en todas las actividades de la escuela.</p> <p>Es escuela fue piloto para el Programa de la RIEB, los docentes tomaron el diplomado.</p> <p>La mayoría de los profesores fueron elegidos a escuela ampliada de acuerdo al perfil docente.</p> <p>La escuela conforme el CEPS, en el cual USAER está integrada en la comisión de Lectura, se está trabajando participativamente. Los padres asisten a organizar y seleccionar la biblioteca de la escuela.</p> <p>El aspecto administrativo está a cargo de la secretaria y el aspecto técnico pedagógico por la Directora de la primaria.</p> <p>Hay normas de convivencia, que promueven el trabajo colaborativo.</p> <p>Hay un trabajo en forma colaborativa con equipo de USAER en las tareas asignadas.</p> <p>Existe una comunicación constante con el personal de la primaria y entre los miembros de USAER, para establecer formas adecuadas de trabajo, ya que la primaria requiere que se le apoye en las temáticas.</p> <p>Se tiene comunicación directa entre directora de USAER y primaria, tomando acuerdos, llevando un trabajo colaborativo y fortaleciendo el liderazgo.</p> <p>Existe un trabajo sistemático de análisis y de dialogo continuo entre los integrantes, permitiendo la organización</p>	<p>y comprensión, generando en algunos alumnos rezago escolar.</p> <p>El Programa Estatal de Lectura se conoce y considera en el PETE, pero no se sistematizan y tampoco se comprometen todos los docentes.</p>	<p>USAER v primaria.</p> <p>Los acuerdos que se establecen no se llevan a cabo debido a las necesidades que surgen en cada escuela.</p> <p>Falta de actualización docente lo que repercute en la mejora de las competencias docentes.</p>	<p>capacitación del equipo Administración de los recursos.</p>
--	---	---	---	--

	<p>sistémica de las actividades, teniendo un compromiso y responsabilidad hacia el trabajo.</p>			
<p>SOCIO FAMILIAR</p>	<p>En el PETE se involucran a todos los integrantes de los comités de Consejo Escolar de Participación Social y de Asociación de Padres de Familia para que trabajen en acciones que fortalezcan de manera pedagógica.</p> <p>Se logró sensibilizar a la madre de familia para traer al alumno a la escuela.</p> <p>La mamá acepta la asesoría y lleva a cabo lo que se le solicita de acuerdo a sus posibilidades.</p> <p>Pertenece a una familia integrada.</p> <p>La mamá se dedica al hogar.</p> <p>La familia pertenece a un pueblo indígena de Veracruz, por lo que al principio existía apego del alumno y mamá se ha logrado desprender el vínculo materno.</p> <p>La mamá se interesa por el bienestar del alumno ya que lo atienden el Hospital Juan N. Navarro, todos los martes.</p>	<p>La familia apoya en lo posible en sus actividades</p>		

ELABORARON:

\_\_\_\_\_  
MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ SORIA  
MAESTRA DE APOYO

\_\_\_\_\_  
DORINDA NATALIA MONTIEL SERRANO  
DIRECTORA DE USAER V-57

\_\_\_\_\_  
GRACIELA POBLANO CASTILLO  
SUPERVISORA DE ZONA V-12

\_\_\_\_\_  
DAVID ALEJANDRO ALMAZÁN CAMBRAY  
ASESOR TÉCNICO DE ZONA V-12

## Anexo 8

Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
 Dirección de Educación Especial  
 Subdirección de Operación  
 Coordinación Regional de Operación N° 5  
 Zona de Supervisión V-12  
 USAER V-57

"2011, Año del Turismo en México"

### INFORME PSICOPEDAGÓGICO INICIAL CICLO ESCOLAR 2011 – 2012

FECHA DE ELABORACIÓN: DICIEMBRE 2011

#### DATOS GENERALES

Escuela Primaria: GRECIA Turno: MATUTINO Grado: 3° Grupo: A  
 Nombre del alumno: RODRIGO REYES VÁZQUEZ Edad: 9 AÑOS  
 Fecha de Nacimiento: 13 DE DICIEMBRE DE 2002 CURP: REVR021213HDFYZDA4  
 Discapacidad: INTELLECTUAL SUPERFICIAL Y TRASTORNO DE LA PRONUNCIACIÓN  
 Maestra de Grupo: MARÍA VERÓNICA VÁZQUEZ ALMANZA  
 Maestra de Apoyo: MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ SORIA

#### MOTIVO DE ATENCIÓN

El alumno enfrenta barreras para el aprendizaje y la participación que interfieren significativamente en el desarrollo de sus competencias para la vida.

#### II. SITUACIONES QUE FAVORECEN U OBSTACULIZAN LA PARTICIPACIÓN Y/O EL APRENDIZAJE DEL ALUMNO PARA SU INCLUSIÓN EDUCATIVA

CONTEXTO	SITUACIONES QUE FAVORECEN	SITUACIONES QUE OBSTACULIZAN
ÁULICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>La maestra acepta y apoya al alumno.</li> <li>Utiliza estrategias para favorecer el proceso de aprendizaje.</li> <li>Es aceptado dentro del grupo e integrado en todas las actividades que realizan.</li> <li>El alumno cuenta con todo el material necesario para realizar todas las actividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El ritmo de aprendizaje de Rodrigo es muy lento, lo que propicia que se atrase en las actividades emprendidas por el grupo.</li> </ul>
ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>El alumno es aceptado e incluido por toda la comunidad educativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rodrigo aun no cuenta con todas las habilidades sociales para saber relacionarse fácilmente, ya que prefiere jugar o platicar solo con sus hermanos, a pesar de que algunos compañeros lo busquen.</li> </ul>
SOCIOFAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los padres apoyan al 100% a Rodrigo, cumplen con llevarlo a terapia y asisten a las juntas con padres de familia.</li> <li>Cumplen con las actividades que les solicita la escuela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La familia es muy introvertida, no socializan con otros padres, lo que no favorece el desarrollo de habilidades sociales y culturales en el menor.</li> </ul>

## Anexo 8

Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
 Dirección de Educación Especial  
 Subdirección de Operación  
 Coordinación Regional de Operación N° 5  
 Zona de Supervisión V-12  
 USAER V-57

"2011, Año del Turismo en México"

### III. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN

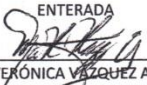
CONTEXTO	ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN
ÁULICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría y orientación a la maestra de grupo 3<sup>º</sup>A brindando estrategias para trabajar.</li> <li>• Planeación conjunta y apoyo dentro del grupo de 3<sup>º</sup>A.</li> </ul> <p>Comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría y orientación a la maestra de grupo 3<sup>º</sup>A brindando estrategias para trabajar el área de comunicación.</li> <li>• Planeación conjunta con la maestra del grupo 3<sup>º</sup>A con el fin de aportar estrategias para el trabajo integral y la flexibilidad curricular.</li> <li>• Seguimiento con el fin de evaluar sus avances.</li> </ul>
ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación, apoyo y evaluación para elaborar el diagnóstico.</li> <li>• Apoyo con videos para desaprender el Bullying.</li> <li>• Aplicación de instrumentos para evaluar los estilos y ritmos de aprendizaje.</li> <li>• Elaboración del cuadro de análisis contextual.</li> </ul> <p>Comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención en el grupo de Rodrigo en el área de comunicación con el fin de lograr avances más significativos y así mejore en el proceso de aprendizaje.</li> <li>• Se envía bibliografía por correo electrónico con el fin de aportar información de interés que ayude al trabajo con el alumno.</li> <li>• Participación en las Juntas de Consejo Técnico de la Primaria con pláticas de:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo del lenguaje y estrategias para favorecerlo.</li> <li>▪ Niveles de Ayuda.</li> <li>▪ Estrategias para mejorar la atención.</li> </ul> </li> </ul>
SOCIO-FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría, orientación y acompañamiento a los padres de familia para lograr el involucramiento en el proceso educativo de su hijo.</li> <li>• Seguimiento sobre la atención complementaria que reciben en el Hospital Juan N. Navarro, al cual asiste para recibir terapia psicopedagógica una vez a la</li> </ul>

## Anexo 8

Dirección General de Operación de Servicios Educativos  
 Dirección de Educación Especial  
 Subdirección de Operación  
 Coordinación Regional de Operación N° 5  
 Zona de Supervisión V-12  
 USAER V-57

"2011, Año del Turismo en México"

	<p>semana.</p> <p>Comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Citas con la madre de familia con el fin de dar seguimiento a los avances, replantear objetivos, dar orientación, asesoría y acompañamiento.</li> <li>• Pláticas y /o talleres con padres de familia de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimulación del pensamiento</li> <li>▪ Desarrollo de lenguaje y estrategias para favorecerlo</li> <li>▪ Estrategias para favorecer la lectoescritura</li> <li>▪ Cómo favorecer la autoestima de mi hijo</li> <li>▪ Niveles de ayuda</li> </ul> </li> </ul>
--	--

ENTERADA  
  
 MARÍA VERÓNICA VÁZQUEZ ALMANZA  
 MAESTRA DE GRUPO

ELABORÓ  
  
 MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ SORIA  
 MAESTRA DE APOYO

  
 MARIANA SORIA TORRES  
 MAESTRA DE COMUNICACIÓN

Vo. Bo.  
  
 SANDRA ELIZABETH MIRANDA  
 DIRECTORA DE USAER No. V-57  
 C.C.T. 09FUA0323F



Vo. Bo.  
 GRACIELA POBLANO CASTILLO  
 SUPERVISORA DE ZONA V-12

c.c.p. Área de Control Escolar de Coordinación Regional No. 5  
 c.c.p. Zona de Supervisión V-12  
 c.c.p. Archivo de la USAER V-57  
 c.c.p. Carpeta grupal



# Anexo 9

