

**¿QUÉ MATEMÁTICAS ESCOLARES PARA ESTUDIANTES/PACIENTES EN
CONDICIÓN DE SALUD MENTAL?**

**UNA CARACTERIZACIÓN DESDE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO EN
MATEMÁTICAS ESCOLARES**

MARLY YOHANA PRADA MURCIA

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACIÓN

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN MATEMÁTICAS

BOGOTÁ D.C. 2021

¿QUÉ MATEMÁTICAS ESCOLARES PARA ESTUDIANTES/PACIENTES EN CONDICIÓN DE SALUD MENTAL?

UNA CARACTERIZACIÓN DESDE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO EN MATEMÁTICAS ESCOLARES

MARLY YOHANA PRADA MURCIA

**Monografía presentada a la Universidad Distrital Francisco José de Caldas de la
Carrera de Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Matemáticas como
requisito para la obtención del título de Pregrado**

Director:

Juan Pablo Albadan Vargas

**UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN MATEMÁTICAS
BOGOTÁ D.C. 2021**

Tabla de Contenido

Índice de siglas.....	8
Capítulo 1.....	9
Justificación	9
Planteamiento del problema.....	17
Pregunta de investigación	21
Objetivos	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos	21
Capítulo 2.....	22
Marco teórico	22
Constructos y categorías	22
C_1 Aulas diversas y población en condición psiquiátrica	22
C_2 El currículo de las Matemáticas Escolares en Colombia	22
C_3 Relación entre C_1 y C_2	22
1_ Aulas diversas y población en condición psiquiátrica	24
1.1_ Contextualización de Aulas diferenciales, Aulas hospitalarias, Pedagogía hospitalaria y población en condición psiquiátrica	25
1.2_ Población en condición y/o situación asociada a la salud mental (enclave con lo psiquiátrico)	32
2_ El currículo de las Matemáticas Escolares en Colombia	36
2.1_Los Procesos de pensamiento de las Matemáticas escolares	42
3_ Relaciones entre la atención de población en condición y/o situación de salud mental (enclave en condición psiquiátrica) y el currículo de matemáticas escolares en Colombia	46
Capítulo 3.....	56
Naturaleza de la investigación	56
Consideraciones metodológicas.....	57

Fase I: Rastreo y análisis.....	57
Fase II: Aproximación teórica y elaboración de categorías.....	58
Fase III: Diseño de los instrumentos de investigación.....	59
Fase IV: Análisis y caracterización de elementos.....	59
Justificación del instrumento de investigación	60
Instrumentos de investigación.....	61
Instrumento 1	62
Instrumento 2	63
Instrumento 3	64
Instrumento 4	65
Categorías de análisis de entrevistas.....	67
Capítulo 4.....	70
Análisis y resultados	70
Análisis desde el campo clínico y educativo	70
Caracterización del espectro de la salud mental	70
Intervención pedagógica (sentido, normas y alcances) en el ámbito clínico y social.....	76
Análisis desde el aula y las matemáticas escolares.....	86
Conclusiones	98
Bibliografía	105
Anexos	115
Anexo 1. Clasificación de Trastornos Mentales	115
Anexo 2: Instrumentos y perfiles entrevistados.....	129
Anexo 3: Transcripción de las Entrevistas.....	131
Entrevista # 1	131
Entrevista # 2	138

Entrevista # 3	147
Entrevista # 4	153
Entrevista # 5	165
Entrevista # 6	175
Entrevista # 7	179
Entrevista # 8	187
Entrevista # 9	190
Entrevista # 10	193
Entrevista # 11	196
Entrevista # 12	200

Índice de figuras

Figura 1: Organización del marco teórico	23
Figura 2: Referente teórico. Desarrollos pedagógicos de AH	29
Figura 3: Referente teórico. Historia de la psiquiatría.....	32
Figura 4: Referente teórico. Noción currículo	37
Figura 5: Referente teórico. Currículo en matemáticas de Colombia.....	38
Figura 6: Referente teórico. Componentes curriculares	51
Figura 7: Enfoques / categorías.....	62

Índice de tablas

Tabla 1.....	12
Tabla 2.....	68

Índice de siglas

AH	Aulas Hospitalarias
MEN	Ministerio de Educación Nacional
PH	Pedagogía Hospitalaria
LCM	Lineamiento Curriculares en Matemáticas
EBCM	Estándares Básico de Competencias en Matemáticas
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
NNA	Niños, niñas y/o adolescentes
MOH	Modelo de ocupación humana

Capítulo 1

Justificación

La misión de la Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Matemáticas (LEBEM) asume que los profesores de matemáticas deben reconocer el estudio, la innovación y la transformación de las prácticas educativas construidas durante su proceso de formación, a su vez, considerar la construcción de conocimiento profesional desde la autonomía y la investigación de los problemas de sus propias prácticas. En consecuencia, al comulgar con ello, es preciso ahondar sobre hallazgos y aspectos relacionados con la construcción de conocimiento matemático escolar, coligado a poblaciones diversas.

En este recorrido de análisis de las experiencias, se identifican escenarios desatendidos pero necesarios para el cumplimiento de lo dicho; entre ellos el de Aulas Hospitalarias (AH) y sus condiciones particulares, desde una mirada poblacional. En las experiencias de prácticas docentes LEBEM, asociadas al entendimiento del trabajo con las poblaciones diferenciales que se encuentran en AH, vividas; permitió encontrar un énfasis desatendido, el trabajo con población en condición y/o situación psiquiátrica. De lo indagado, se encuentran muy pocos aspectos asociados a un diseño curricular para esta población, más allá de iniciativas trabajadas por la Fundación Carolina en Chile, por ejemplo. De este modo, se continúa en una invisibilización de estas y, por tanto, se perpetúa la exclusión desde el contexto escolar. Por tanto, surge la necesidad de reconocer y visibilizar esta población, sus requerimientos y sus formas respecto de la enseñanza (acompañamiento al aprendizaje) de las matemáticas escolares en este escenario.

El Sistema Educativo Colombiano “comprende la Educación Formal que se imparte dentro de una secuencia regular de períodos lectivos, con progresión establecida en contenidos, graduados de unos períodos a otros” (OEI- Sistemas Educativos Nacionales- Colombia). Pero,

los niños, niñas y/o jóvenes que se encuentran en condición de enfermedad psiquiátrica tienen un proceso educativo diferencial, a raíz de su condición médica y las condiciones socioculturales, emocionales y de entorno que los circunscriben. Lo que exige una identificación y caracterización de estos estudiantes pertenecientes a este tipo de población, para no continuar en la vulneración generada. En vista que el modelo de atención pedagógico para esta población se ha dado desde la enseñanza de las matemáticas escolares respondientes al aula regular, se asumen los lineamientos curriculares que rigen la misma (Albadan *et al*, 2020). Estos plantean componentes para la enseñanza y explicitan la necesidad de contemplar características asociadas al contexto, la cognición, los procesos, los modelos, los resultados, etc. Para nuestro caso, estos aspectos no responden de la misma forma y falla dentro de la 'flexibilización curricular' requerida. En tal sentido, no se encuentran contempladas formas de atención y formas enseñanza de las matemáticas escolares, en torno a poblaciones con algún tipo de enfermedad, como enfermedades psiquiátricas.

Resultado de ello, una primera mirada permite entrever que, dentro de esta población, además, existen estudiantes/pacientes que han pasado por procesos de desescolarización, es decir, no tienen una continuidad en sus procesos escolares debido a su enfermedad; otros que están en condición de edad extraescolar (estudiantes/pacientes mayores a 20 años que se encuentran en educación básica, desde la matrícula formal) y; estudiantes que no tienen posibilidad de acceso a recursos tangibles tan simples como unas tijeras por su condición, aspectos que no son tenidos en cuenta en lo declarado, desde los lineamientos curriculares del área. Entonces, si no hay continuidad en los procesos escolares, si hay condiciones fisiológicas diferenciales, si se presentan condiciones temporales diversas, es natural preguntarse ¿qué es lo que se debe abordar con estos estudiantes/pacientes? Poniendo en duda que lo propuesto en la educación formal (desde lo escolar regular) sea una respuesta apropiada para atender a estas poblaciones en condición y/o situación psiquiátrica.

Sumado a ello, este tipo de estudios se justifica no solo en Colombia, sino que, en otros países latinoamericanos, como el caso de Ecuador, se sostiene que debe existir un currículo distinto para atender las AH en estas condiciones. Sin embargo, lo que hay, hoy día, se asemeja más a una flexibilización del currículo formal existente que a un currículo propio que atienda, reconozca y proponga las características de estas AH en particular (Experiencias expuestas en el “IV Congreso internacional de Pedagogía Hospitalaria: Innovación educativa, políticas y formación de profesionales”, realizado en Ciudad de Panamá, mayo, 2019).

Lo anterior pone de relieve la necesidad de esta monografía, en tanto lo existente está lejos de pensar en un referente curricular particular para cada población que se encuentra en AH, con patologías y diagnósticos distintos. Si bien se ha avanzado en reconocer que existen poblaciones diversas, estas se encuentran desatendidas porque se estandariza y no se atiende a las condiciones particulares. Entonces estamos ante un campo desconocido o poco trabajado desde el sistema de las matemáticas escolares. En esta dirección, se piensa en encontrar, buscar y/o formular algunos elementos o componentes que logren acercarse a responder a estas necesidades educativas y responder a unas ‘matemáticas para todos’.

Así, después de realizar un rastreo bibliográfico, en busca de propuestas de intervención pedagógicas con estudiantes/pacientes que padecen enfermedades psiquiátricas, se encontraron distintos artículos, investigaciones, trabajos de grado y propuestas en torno a la atención de escenarios diversos, educación especial, aulas diversas, pedagogía hospitalaria, aulas hospitalarias, concepto de psiquiatría, historia de la psiquiatría, disciplinas en torno a la atención en psiquiatría, sus categorizaciones, tratamientos y tipos de enfermedades psiquiátricas. También, desde las matemáticas escolares, las diferentes propuestas, configuraciones y estructuras curriculares que existen en Colombia. En ese sentido, la tabla 1 muestra la recopilación de los distintos textos encontrados y, como se ubican en las categorías que surgieron del análisis de los mismos y del proceso investigación.

Tabla 1

Estado del arte

Rastreo de investigaciones, artículos y propuestas en torno a qué de matemáticas escolares es susceptible de desarrollo y elaboración con estudiantes en condición psiquiátrica

Autor	Año	Título	Institución	Clasificación	Categorías en que se fundamenta la investigación		
					Diversidad, aulas diferenciales, pedagogía hospitalaria y población en condición psiquiátrica	El currículo en Colombia y las Matemáticas Escolares	Relación entre las Matemáticas escolares y la salud mental
Alicia Bobadilla Pinto, María Bori Soucheiron, Pía Caedone de Bove, Marianela Ferreira Caro, Olga Lizasoáin Rumeu, María Cruz Molina Garuz, Sylvia Riquelme Acuña, Garbiñe Saruwatari Zavala, Eneida Simoes da Fonseca, Verónica Violant Holz	2013	La Pedagogía hospitalaria hoy. Análisis de las políticas, los ámbitos de intervención y la formación de profesionales	Redlaceh	Libro	X		
Olga Lizasoáin Rumeu	2020	Aulas hospitalarias en Europa: Conceptualización,	Redlaceh	Compendio	X		

evolución y gestión del
trabajo docente

María Cruz Molina Garuz	2020	Buenas prácticas en pedagogía hospitalaria a lo largo de la vida	Redlaceh	Compendio	X	
Maritté Jopia, Marcos Medina	2020	Atención Pedagógica para estudiantes con patologías en salud mental	Redlaceh	Compendio		X
Patricia Barbuscia	2014	La Educación domiciliaria y hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional de Argentina	Men de Argentina	Artículo	X	X
Tomás Arredondo	2020	Escuelas y Aulas hospitalarias en Chile	Men de Chile	Artículo	X	X
Fernando Lezcano Barbero	2013	Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente	Redalyc	Tesis de pregrado		X
Cazes, Marcela; Amigo, Ayelén; Del Rio, Alberto Ricardo; Pellegrino, Mariela Inés	2010	Hábitat, Salud Mental y modos de intervención: Representaciones sociales de estudiantes de la carrera de Psicología	Acta Académica	Compendio	X	
Garcia Mazzieri, Silvia Nélida	2010	Aproximación psicosocial al concepto de salud mental	Acta Académica	Compendio	X	
Lentini, Ernesto	2010	La producción institucional de la discapacidad mental	Acta Académica	Compendio	X	
Torricelli, Flavia; Barcala, Alejandra	2010	Funcionamiento de un programa de salud mental comunitaria infantil en la ciudad de Buenos Aires: La accesibilidad de un grupo vulnerable a un dispositivo sanitario	Acta Académica	Compendio	X	

Kirsch, Ursula	2010	La historia clínica en el informe médico legal psiquiátricos. Criterios psicológicos e indicios de subjetividad en 1948	Acta Académica	Compendio	X
Lentini, Ernesto. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Centro de Día CETEI	2010	La práctica profesional en el tratamiento institucional de personas con discapacidad mental	Acta Académica	Compendio	X
Lentini, Ernesto	2009	Dispositivos institucionales y producción social de la salud mental	Acta Académica	Compendio	X
Ardila, Sara; Stolkiner, Alicia	2009	Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: Consideraciones metodológicas	Acta Académica	Compendio	X
Garbus, Pamela	2009	Acceso a la atención en salud de pacientes psiquiátricos externados: Barreras de acceso asociadas al estigma	Acta Académica	Compendio	X
Corral, Nilda	2009	Caminos de resolución en tareas de razonamiento. Versiones pragmáticas de reglas teóricas	Acta Académica	Compendio	X
Julio César Reyes Estrada; Evangelina López Ramírez; Elizabeth Vizcarra Álvarez; María Elizabeth Vizcarra Álvarez	2017	Modelo curricular flexible por competencias en el programa de la licenciatura en ciencias de la educación en la universidad Autónoma de Baja California	Redipe	Artículo	X

Ángel Diaz Barriga	2006	El enfoque de competencias en la educación. ¿Una alternativa o un disfraz de cambio ?	Readlyc	Artículo	X
Ángela Montes Asenjo	2019	El estigma en personas con problemas de salud mental: Efectos en contexto laboral.	Uva Doc	Tesis de pregrado	X
Ana María Cadavid Rojas; Isabel Cristina Calderón Palacio	2004	Análisis del concepto Enseñanza en las teorías curriculares de Lawrence Stenhouse y José Gimeno Sacristán	Udea	Artículo	X
No registra	S.F	Condición de salud mental	Adcet	Página web	X
María Jesús Mardomingo	2015	Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente	N.R	Libro	X
Dr. Jorge Maldonado Rodríguez, Annette López de Méndez	2012	El ABC de la Educación Especial, Diferenciada e Inclusiva	CourseHero	Libro	X
Dr A- Polanio. Lorente	1982	Pasado y futuro de la psicopatología de la educación	Ceu	Libro	X
Oliverio de Jesús Moreno Romero	S.f	Contexto y aporte de María Montessori a la pedagogía, a la ciencia y a la sociedad de su momento	N.R	Artículo	X
Luisa Ysabel Silva Cajahuaranga	2018	La Teoría de María Montessori y su aporte a los niños con discapacidad intelectual	Repositorio Une	Tesis de pregrado	X
Juan Albadan	2016	Un análisis crítico sobre consistencias curriculares en los referentes legales-curriculares para las matemáticas escolares y del	Redipe	Artículo	X

cómo operan estas políticas
educativas en Colombia

Men	2006	Estándares básicos de Competencias en Matemáticas	Men	Propuesta curricular	X
Men	2006	Matriz de Referencia en matemáticas	Aprende Colombia	Artículo	X
Men	1998	Lineamientos curriculares en matemáticas	Men	Propuesta curricular	X

Planteamiento del problema

Abordar escenarios educativos diferenciales, dentro de los que se consideran instancias áulicas no regulares, implica reconocer la existencia de múltiples y diversas formas de gestión, de intervención y de escenarios asociados. Es decir, implicar un trabajo inclusivo. En Colombia, desde lo propuesto por el Ministerio de Educación Nacional [MEN], existe este reconocimiento, al plantear que: “La educación inclusiva está relacionada con la capacidad de potenciar y valorar la diversidad (entendiendo las particularidades), [...] y garantizar la participación de la comunidad dentro de una estructura intercultural en los procesos educativos” (MEN, 2008, p.17). No obstante, en lo actuativo y su desarrollo, ello no ha sido suficiente para atender, de forma efectiva, las distintas necesidades de diversas poblaciones a las que debe responderse.

En la búsqueda de entender estas instancias, sus formas y necesidades-demandas, se encuentran las Aulas Hospitalarias (AH). Parte fundamental de su existencia refiere el trabajar de forma diferencial y continua, en procesos asociados a la educación con sujetos en condición y/o situación de enfermedad. En otras palabras, experienciar la profesión `Ser profesor de matemáticas` en y para espacios dispuestos en los que “niños, niñas y jóvenes que por motivos de salud no pueden continuar asistiendo al colegio, puedan continuar con sus procesos educativos” (Martínez, Torres & Álvarez, 2016, p.42). Se entiende, entonces, que esta apuesta aporta a lo inclusivo, pues suma a estrategias que buscan “luchar contra la exclusión social [...] y factores subjetivos asociados a acciones determinadas que atentan la identidad de la persona (rechazo, indiferencia, invisibilidad)” (MEN, 2008, p.22) dando cuenta de aspectos asociados a la labor de la educación matemática (Alsina & Planas, 2010; Camelo, Salazar & Mancera, 2017; Castro & Torres, 2017; D’Ambrosio, 2017; Kollosche *et al*, 2019).

Con lo desarrollado y gestionado a lo largo de las prácticas formativas de la Licenciatura, de forma particular en la práctica asociada a diversidad, se pudo entrever que en este escenario diferencial (AH) aún falta caracterizaciones que particularicen las distintas poblaciones que allí se encuentran y se establezcan diseños, demandas y gestiones que respondan a estas diferencias, a su vez se atienda de forma universal (Castro, 2020; García & Romero, 2017). Al experientiar el trabajo en AH se asume que las formas de intervención educativa se asemejan a las de las aulas regulares. Sin embargo, en la acción de acompañamiento a estos estudiantes se logró reconocer aspectos propios que debían ser atendidos desde la educación diferencial en cuanto a sus condiciones, tipos, estilos y diseños. Llamando la atención, de forma primaria, las interacciones con población en condición y/o situación psiquiátrica y el aprendizaje de matemáticas escolares para los que se dispuso el espacio.

Hasta ahora, en el espectro abordado, estas interacciones (matemáticas y condiciones poblacionales) se han dado desde un proceso de flexibilización curricular entendido como la implementación de situaciones del objeto matemático (propias de la matemática escolar, por ejemplo, situaciones aditivas), en el que los procesos de enseñanza y aprendizaje se desligan de las necesidades de esta población; lo que lleva a poner en cuestión la idea de flexibilización curricular puesta en acción en escenarios con población distinta a la que normalmente se trabaja en las aulas regulares. Aun cuando en lo declarado se comprende flexibilización curricular como “la adaptabilidad para responder a la diversidad cultural [...], que parte del reconocimiento de que la realidad de los estudiantes en la educación [...] es dinámica y por ello los lineamientos deben ser susceptibles de [...] modificación y [...] actualización” (MEN, 2008, p.25), en lo realizado se evidencia un vacío de respuesta. Lo anterior en tanto si bien se afirma que deben existir lineamientos de los cuales (partir de) se puedan ajustar procesos de flexibilización, no basta con ello, pues lo existente y puesto en escena es lo reglamentado para

la Educación formal (aulas regulares), convirtiéndose en el único foco (insumo) de adaptación de la propuesta curricular para todas las poblaciones que se encuentran en el marco de lo diferencial, como el caso de la población en condición y/o situación psiquiátrica.

Las orientaciones para el trabajo en matemáticas escolares en Colombia, desde lo propuesto en el diseño curricular, en la actualidad recurre a componentes asociados a Lineamientos Curriculares [LC] en 1998, Estándares Básicos de Competencias [EBC] en 2006, y documentos de actualización curricular como los Derechos Básicos de Aprendizaje [DBA] de 2016 y las Matrices de Referencia del área en 2015. No obstante, estos planteamientos recopilan, profundizan y asocian el aprendizaje a una idea pensada desde el escenario de lo regular. Por lo que no se encuentra referencia directa a la atención de diversidad en términos cognitivos, clínicos y emocionales; limitándose a una “inclusión educativa que refleja una visión más cerrada, que sugiere la adaptación de los estudiantes al sistema y no al revés” (MEN, 2008, p.26) dejando por fuera una real atención a la diversidad y procesos diferenciales asociados que se logran en estas coligaciones (Albadan, 2020; Castro & Salgado, 2018; D'Alessio, 2011).

Asumir esta tensión entre flexibilidad curricular y trabajo de las matemáticas escolares, en el marco de la educación formal, produce una no atención de calidad a las necesidades educativas de esta población en condición de enfermedad (psiquiátrica), llevándonos a preguntar ¿A partir de qué marco de referencia curricular hacer ajustes de flexibilización curricular para esta población?, ¿existe ese marco?; sin embargo, antes de encontrar respuestas a lo anterior vale cuestionarse ¿Qué de matemáticas escolares es susceptible de desarrollo y elaboración con estudiantes en condición psiquiátrica? Y, por supuesto, ¿cómo hacerlo?

La búsqueda de respuestas a esta problemática nos lleva a la necesidad de realizar caracterizaciones de estas relaciones y procesos de visibilización en el que “la acción de incluir

trasciende la integración, ya que no se trata únicamente de atender a un grupo social específico por medio de acciones transitorias, sino de ofrecer a todos los estudiantes un conjunto sólido de políticas institucionales [...]” (MEN, 2008, p.23). Así, en tanto profesora de matemáticas en formación, asumo lo propuesto por Calderón y Verde (2020), y pretendo develar componentes requeridos para una educación diferencial inclusiva para esta población en condición y/o situación psiquiátrica que existe dentro de las AH y el sistema escolar pero que estas mismas no han diferenciado, es una problemática pendiente.

Pregunta de investigación

¿Qué de matemáticas escolares es susceptible de desarrollo y elaboración con estudiantes en condición psiquiátrica?

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar elementos y componentes configuradores de una atención e intervención educativa apropiadas (de acompañamiento en el aprendizaje) con población diferencial, en enclave con condición de salud mental, a propósito de procesos en/de matemáticas escolares.

Objetivos específicos

- Identificar atributos de los escenarios escolares en los que coexisten procesos matemáticos y población diferencial, en condiciones de salud mental, inscritos en Aulas Hospitalarias.
- Reconocer procesos y condiciones caracterizadoras de la población, en enclave con situación de salud mental, en entornos escolares.
- Analizar componentes curriculares en relación con las matemáticas escolares desde la perspectiva de los procesos.
- Relacionar elementos de las matemáticas escolares y formas de atención e intervención educativa a partir de procesos cognitivos y emocionales característicos de la población en condiciones de salud mental, identificados.

Capítulo 2

Marco teórico

Como muestra la figura 1 con los distintos espectros, conceptos y elementos encontrados en el rastreo bibliográfico, fue posible categorizar y organizar estos mismos con el fin de contribuir a la presente investigación, es así como se establecen las siguientes categorías teóricas de análisis:

Constructos y categorías

C_1 Aulas diversas y población en condición psiquiátrica

En esta categoría se encuentran los diferentes elementos, conceptos y propuestas asociados a diversidad, aulas diversas, educación especial, aulas hospitalarias, pedagogía hospitalaria, su contextualización permitió la identificación de población con enfermedades psiquiátricas emergente de los escenarios diferenciales, visibilizando sus caracterizaciones, tratamientos, criterios y definiciones.

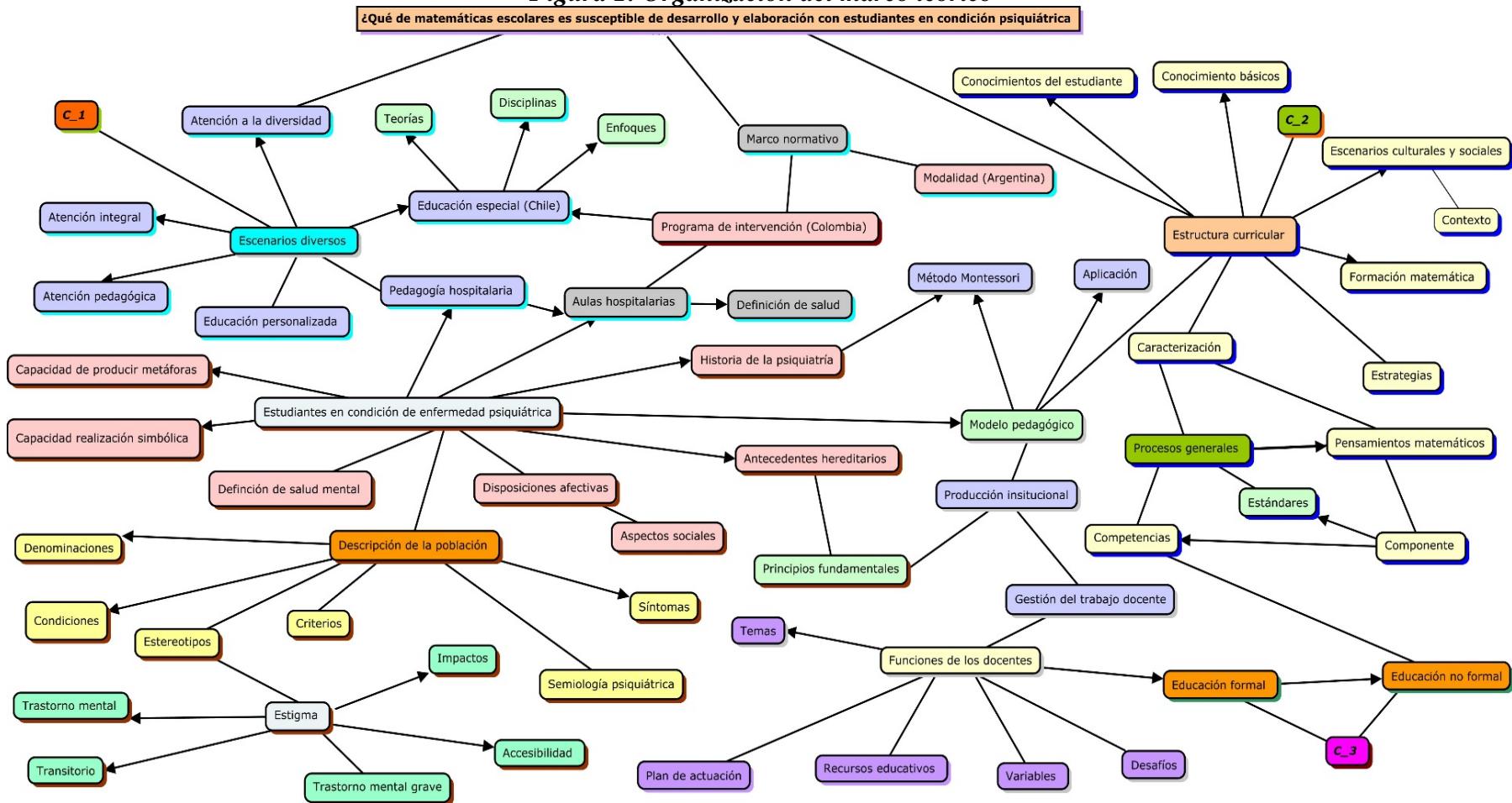
C_2 El currículo de las Matemáticas Escolares en Colombia

En esta categoría se encuentran los distintos desarrollos y configuraciones curriculares en Colombia puestos desde las matemáticas escolares, su estructura, dimensiones, tipos de conocimientos, de pensamientos y los procesos propios de la educación matemática.

C_3 Relación entre C_1 y C_2

En esta categoría se encuentran aspectos recogidos de ambas categorías que servirán como puente relacional para la comprensión de las diferentes competencias y componentes de las matemáticas escolares y cuáles de estos son susceptibles de desarrollo y elaboración en estudiantes/pacientes en condición de enfermedad psiquiátrica.

Figura 1: Organización del marco teórico



Fuente: propia. Insumos de RAES

A partir de la estructura de constructos y categorías planteadas, el cuerpo del marco teórico será desarrollado en torno a la contextualización de diversidad, pedagogía hospitalaria y población en condición psiquiátrica; también, en torno al desarrollo curricular en Colombia y las Matemáticas Escolares, y, por último; en torno a qué elementos de los encontrados se pueden desarrollar para atender a poblaciones con enfermedades psiquiátricas. Lo desarrollado allí, será pertinente para la construcción de elementos e instrumentos de investigación en los que sea posible identificar y clasificar los distintos espectros en los que se mueve este tipo de población desde las matemáticas escolares.

1_ Aulas diversas y población en condición psiquiátrica

A partir de diversas fuentes de información, el término educación especial se define como la educación diseñada específicamente para satisfacer el potencial y las necesidades de niños, jóvenes y adultos con necesidades especiales, particulares y / o habilidades múltiples. Esta definición significa que su marco conceptual y práctica se basan en las diferencias y la individualización del proceso de enseñanza para cada individuo.

Como campo multidisciplinario, la educación especial se desarrolla a partir de la educación general. La cual, se compone de múltiples disciplinas o ramas del conocimiento humano. Estas disciplinas o ramas se fusionan gradualmente para brindar los contenidos y la práctica necesarios para poder participar, con el fin de atender la diversidad en diferentes situaciones (Maldonado Rodríguez & López de Méndez, 2012).

Asimismo, estos autores reconocen que desde sus inicios la educación especial se ha desarrollado en los campos de la educación general, las ciencias naturales, la medicina general y profesional (enfermería, física, matemáticas, psicología, psiquiatría, etc.). A través de la educación y la investigación médica, se comenzó a desarrollar una gran cantidad de conocimientos y prácticas, formando así la base de la educación especial.

En este sentido, una de las disciplinas importantes que afectan en la educación especial y se tiene que trabajar es la medicina. Pero, no la medicina entendida como disciplina base de la educación especial sino como un escenario distinto que posee unas condiciones particulares relacionadas con lo hospitalario. Es decir, la educación especial, da una apuesta multidisciplinar que abarca escenarios diversos, y surgen otros escenarios distintos como lo es el escenario de las AH. De ese modo, da contexto para entender la razón de ser de estas, de las poblaciones que padecen enfermedad, de cómo intervienen los procesos educativos en ese escenario y también responder al por qué un profesor de matemáticas tiene que conocer sobre estos escenarios diferenciales y cómo las condiciones de salud de los estudiantes exigen una intervención educativa desde lo diferencial.

En el pasado, las instituciones de salud se caracterizaban por un entorno disjunto de los procesos educativos y formativos. Fue después de la Segunda Guerra Mundial, debido principalmente a los esfuerzos de médicos y educadores, que los hospitales y departamentos de salud infanto-juvenil comenzaron a tomar medidas para aumentar la apertura y la flexibilidad. Los maestros y educadores que ingresaron por primera vez al hospital hicieron grandes aportes a la prevención de las "enfermedades hospitalarias", que ayudaron a los niños y adolescentes a estabilizar sus emociones y recuperarse más rápido (Lizasoáin & Polaro, 1988).

Al mismo tiempo, diferentes eventos relacionados con la educación especial marcaron el "desarrollo del tratamiento y la educación para los niños con necesidades especiales, entre ellos: Discusión sobre la educabilidad o no educación de los niños y jóvenes discapacitados u hospitalizados; interés en tecnologías y recursos educativos específicos" (Violant, Molina & Pastor, 2011, p.81).

1.1_ Contextualización de Aulas diferenciales, Aulas hospitalarias, Pedagogía hospitalaria y población en condición psiquiátrica

Precisamente, el trabajo educativo realizado en el ámbito hospitalario cobija a las AH como programa de intervención educativa que se desarrolla en el marco del Proyecto de Enfoques Diferenciales. Este, brinda apoyo pedagógico y escolar a los niños que están en condición de enfermedad, regido por el Acuerdo Distrital 453 de 2010, en conjunto de las secretarías de Educación del Distrito (SED) y la Salud (SDS) (Bogotá, 2014).

De ese modo, las AH están definidas como el escenario en el que se responde y atiende al acompañamiento pedagógico de niños, niñas y/o adolescentes en situaciones de enfermedad u hospitalizados que no pueden asistir al aula regular. Es decir, se corresponde con los espacios dispuestos para “los niños y jóvenes que por motivos de salud no pueden continuar asistiendo al colegio, puedan continuar con sus procesos educativos” (Martínez, Torres & Álvarez, 2016, p.42). La PH comprende las intervenciones pedagógicas a desarrollar “durante los procesos de enfermedad para dar respuesta a las necesidades psicosociales derivadas de dicha situación, con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida, garantizando los derechos con relación a la función educativa” (Serradas, 2017, p.122).

En Bogotá (Colombia), esta PH es denominada: ‘Pedagogía del amor’. Un espacio incluyente para que las niñas, niños y jóvenes, sujetos de derechos, que, por situaciones de enfermedad e incapacidad, requieren permanecer en cortas o largas permanencias hospitalarias, tengan la oportunidad de continuar sus trayectorias educativas, en un entorno mediado por la afectividad (Martínez *et al*, 2016). Allí, según Cardone, se visibilizan poblaciones con necesidades particulares que, por lo general, suelen ser invisibles.

Además de Colombia, en Argentina se define la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como, “la modalidad del sistema educativo, destinada a garantizar el derecho a la educación de los/as alumnos/as que, por razones de salud, se ven imposibilitados/as de asistir con regularidad a una institución educativa en los niveles de la educación obligatoria” (Barbuscia, 2014, p.24).

Para el caso de Chile, la Unidad de Educación Especial es la que asumió la responsabilidad de trabajar el tema de la atención educativa a los niños, niñas y/o adolescentes hospitalizados. Dicho trabajo estuvo referido a: I) Revisión de la legislación existente; II) recopilación de información del quehacer pedagógico de las “escuelas Hospitalarias” que estaban funcionando en algunos hospitales; III) contacto con las fundaciones y corporaciones privadas que tenían a su cargo estas escuelas (Arredondo, 2020).

Según lo que se ha observado, a pesar de que las AH en países latinoamericanos se contemplan a fines de la década de 1950, el concepto de atención pedagógica difiere mucho en varios de ellos. Algunos lo difunden a través de la educación especial, mientras que otros piensan que es una nueva forma de educación. Pero, este servicio educativo está puesto según cada país en marcos legales o marcos normativos distintos y en niveles diferentes, pues se implementan como modalidad, programa de intervención o educación especial, dependiendo de cuál sea el caso y cómo esté estructurado legalmente en cada país.

Como afirma Redlaceh (2013), estas diferencias son aspectos importantes que se deben considerar a la hora de proponer rutas de formación profesional adaptados a las necesidades del continente latinoamericano y caribeño y diseñar un marco legal adecuado para esta disciplina. Para ello, el primer paso será definir qué entiende la pedagogía hospitalaria y quién es el beneficiario de la educación y la salud.

Así mismo, para definir qué se entiende por PH, se precisan algunos aspectos metodológicos encontrados en la intervención de prácticas pedagógicas que se implementan para atender a este tipo de población. Estos aspectos son:

La atención integral como aquella que responde a las necesidades patológicas de manera global. Incluye la atención sanitaria, psicológica y educativa, la última de las cuales proviene de los métodos de enseñanza hospitalarios y la educación sanitaria. Por otro lado,

debe considerar a la persona en su totalidad y a su familia, prestar atención directamente en los diferentes momentos del proceso de la enfermedad, desde los síntomas iniciales, el diagnóstico, el proceso y seguimiento terapéutico, o la forma de solucionar el duelo en su caso (Violant, Molina & Pastor, 2011).

La atención educativa en caso de enfermedad, tiene su tradición en la educación especial. En la actualidad, en los hospitales y centros educativos, los métodos de educación inclusiva también son relevantes. En cada centro educativo, todos son considerados parte del todo y tienen las mismas oportunidades, independientemente de su situación de enfermedad o cualquier otra situación que la caracterice; se trata de un sistema educativo único (Grau & Ortiz, 2001; Molina, 2011). Según Arnáiz (2001), las dificultades de aprendizaje no se deben únicamente a los déficits que presenta la persona, sino también a las respuestas educativas, no siempre eficaces.

La atención pedagógica que tiene como propósito original, ayudar a los niños y adolescentes que están enfermos y hospitalizados para que puedan seguir desarrollándose personal, socialmente y en las escuelas con la mayor normalidad posible. La subdivisión de este propósito general resultará en una variedad de metas, medios y procedimientos que ilustran las llamadas variantes de la pedagogía hospitalaria (Lizasoáin y Polaro, 1990).

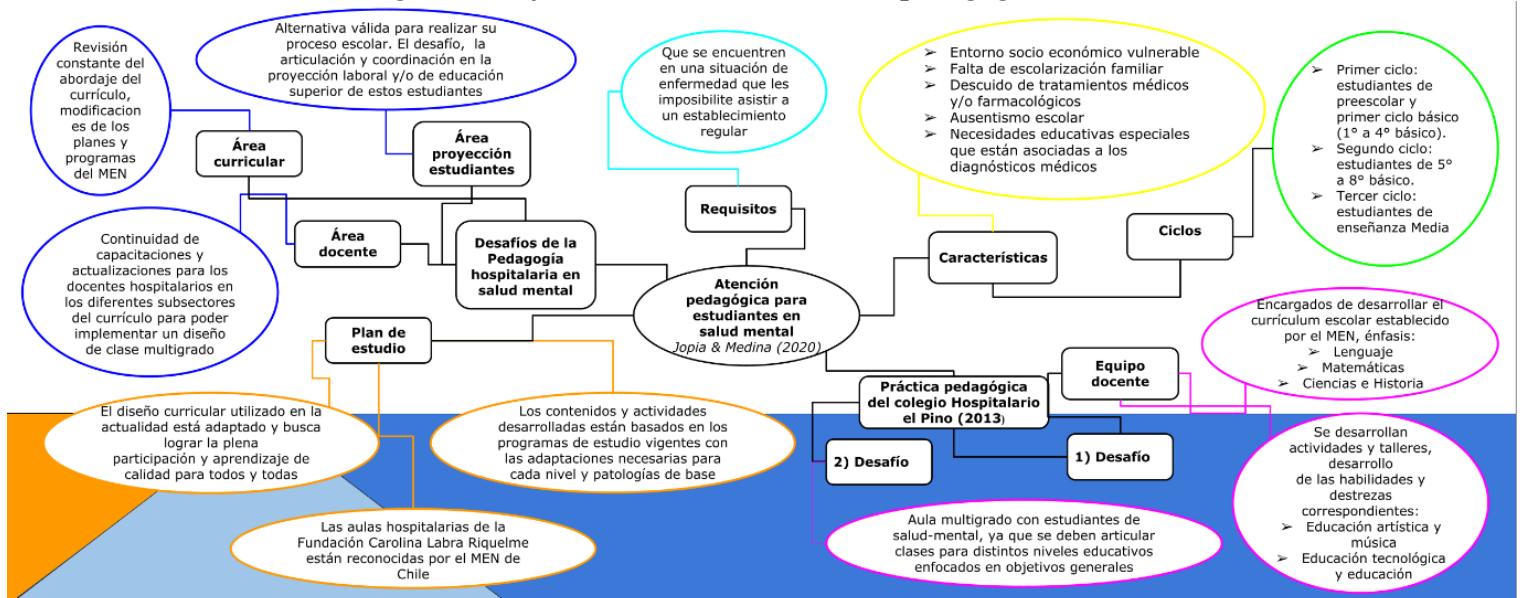
El proceso educativo. Según la definición dada, debe haber un educador que ayude a la totalidad del autodesarrollo de la persona; si debe abarcar a todos, también debe abarcar a los niños o adolescentes que se encuentran hospitalizados; si cubre toda la vida, también cubre el período de su vida, como aceptación o recuperación. También debe tratarse de la *educación personalizada*, donde el centro de la educación son los estudiantes, que tienen sus propias características de personalidad, enfermedades y afecciones. Aunque el enfoque de las actividades docentes en niños y adolescentes en condiciones de enfermedad no significa que

se ignore por completo a la familia, es decir, a los padres y hermanos de los pacientes pediátricos (Lizasoáin, 2010).

Las *buenas prácticas* se definen como "cualquier experiencia guiada por principios, metas y procedimientos adecuados que brinden resultados positivos que demuestren su efectividad y practicidad en circunstancias específicas" (Rodrigo, Máiquez & Martín, 2011, p.17).

Sin embargo, en el proceso de abordar las prácticas pedagógicas que se implementan el escenario de las AH y haciendo énfasis en el objetivo de la investigación es necesario enfocarse en, cuáles intervenciones pedagógicas se han desarrollado particularmente en población que padece enfermedades psiquiátricas y que atiendan este tipo de población de manera específica.

Figura 2: Referente teórico. Desarrollos pedagógicos de AH



Fuente: propia. Insumos de Redlaceh (2020)

Luego de la búsqueda configurada se encuentran muy pocos aspectos asociados a un diseño curricular para población en condición y/o situación psiquiátrica, más allá de iniciativas trabajadas por la Fundación Carolina en Chile. Inicialmente, “Aulas Hospitalarias en Europa:

Conceptualización, evolución y gestión del trabajo docente” (2020), como se muestra en la siguiente figura.

De la figura 2, se entiende que; la atención pedagógica para población con enfermedades mentales esta dado como “un modelo de innovación organizativa y metodológica escolar gracias a la generalizada aplicación de metodologías activas centradas en el Aprendizaje Basado en Proyectos (ABP)” (Rumeu, O, 2020, p.23). El Colegio Hospitalario El Pino, al igual que todas las aulas hospitalarias de la Fundación Carolina Labra Riquelme están reconocidas por el Ministerio de Educación de Chile, por lo tanto los contenidos y actividades desarrolladas están basados en los programas de estudio vigentes con las adaptaciones necesarias para cada nivel y patologías de base, para lo que en la organización curricular se optimizan aquellos contenidos significativos mínimos que deben tener los estudiantes para desarrollar un sólido aprendizaje y que les permitan reinsertarse en buenas condiciones a su escuela de origen una vez finalizado su tratamiento médico.

Por otra parte, se encuentran ejemplos y situaciones muy particulares en las que se dan cuenta de intervenciones con características poblacionales como las buscadas en este estudio. Paredes, M., Bahamondes, C., (2020), muestran dos ejemplos de patologías poco frecuentes en AH, un ejemplo de patología en torno a lo psiquiátrico y/o neuropsiquiátrico, como se plantea a continuación:

Un paciente masculino de 19 años, con trastorno del espectro autista (ADOS), con rendimiento intelectual límitrofe (WISC IV), disarmoníco, quien, pese a estar en colegio con proyecto de integración, no recibió una adecuada estrategia académica y psicosocial sufriendo bullying por parte de sus pares y rechazo de algunos profesores. Esto gatiló en él trastorno ansioso y conductual, con episodios psicóticos, por lo que era suspendido de clases periódicamente. Es atendido en Neurología y Psiquiatría de la Clínica Santa María, siendo derivado al aula en 8, donde se aplica adecuación curricular de entradas y contenidos según la regulación vigente del Ministerio de Educación. Evoluciona con adaptación psicosocial progresiva y superación de su rendimiento académico, asistiendo a talleres de psicomotricidad, desarrollo personal, integración psicosocial y estimulación multisensorial. Cambió notablemente su actitud, desarrollando cualidades solidarias, mostrándose compasivo y servicial, con estabilización en su conducta, creando lazos afectivos con sus pares y profesores. Cursa

4 medio actualmente y fue contratado en Clínica Santa María como júnior, en el contexto del Programa Nacional de Discapacidad e Inclusión Laboral. La evolución de este paciente permitió a su madre acceder a fuente laboral estable, lo que facilitó la recuperación de la situación económica y la armonía familiar, nomalizándose la vida de sus padres y hermanos. (p.74)

Un segundo ejemplo,

Un paciente masculino de 18 años, con discapacidad intelectual leve (WCIV), trastorno de espectro autista y afectividad depresiva, con antecedentes de compromiso de lenguaje. Desarrolló trastorno fóbico y ansioso luego de bullying reiterado y rechazo por parte de sus profesores en distintos establecimientos educacionales que contaban con proyecto de integración para niños con necesidades educativas especiales, como nuestro paciente. Ha evolucionado con cambios en su sociabilidad y emocionalidad no requiriendo uso de fármacos ni terapia psicológica en el último año. Ha sido contratado este año en Clínica Santa María en el gimnasio de Endocrinología como ayudante del kinesiólogo, en relación con el Programa Nacional de Discapacidad e inclusión Laboral. (p.74)

Así mismo, para elementos y/o diseños curriculares mencionados, se afirma que en las AH, “se lleva a cabo una Pedagogía Global que logra romper la rigidez del currículo, pasando así de una macro educación a la micro educación centrada en el educar para la vida” (Rumeu, O, 2020, p.23). En Chile, el diseño curricular utilizado en la actualidad está adaptado y busca lograr el aprendizaje de calidad para todos; pero en el caso de Argentina, es imposible establecer un diagnóstico psiquiátrico claro, del que se pueda inferir el número de días de internación y / o recuperación, dado que, “el diagnóstico es hipotético, depende del desempeño del sujeto y su evolución no guarda las características de un cuadro clínico médico” (Barbuscia, 2014, p.24).

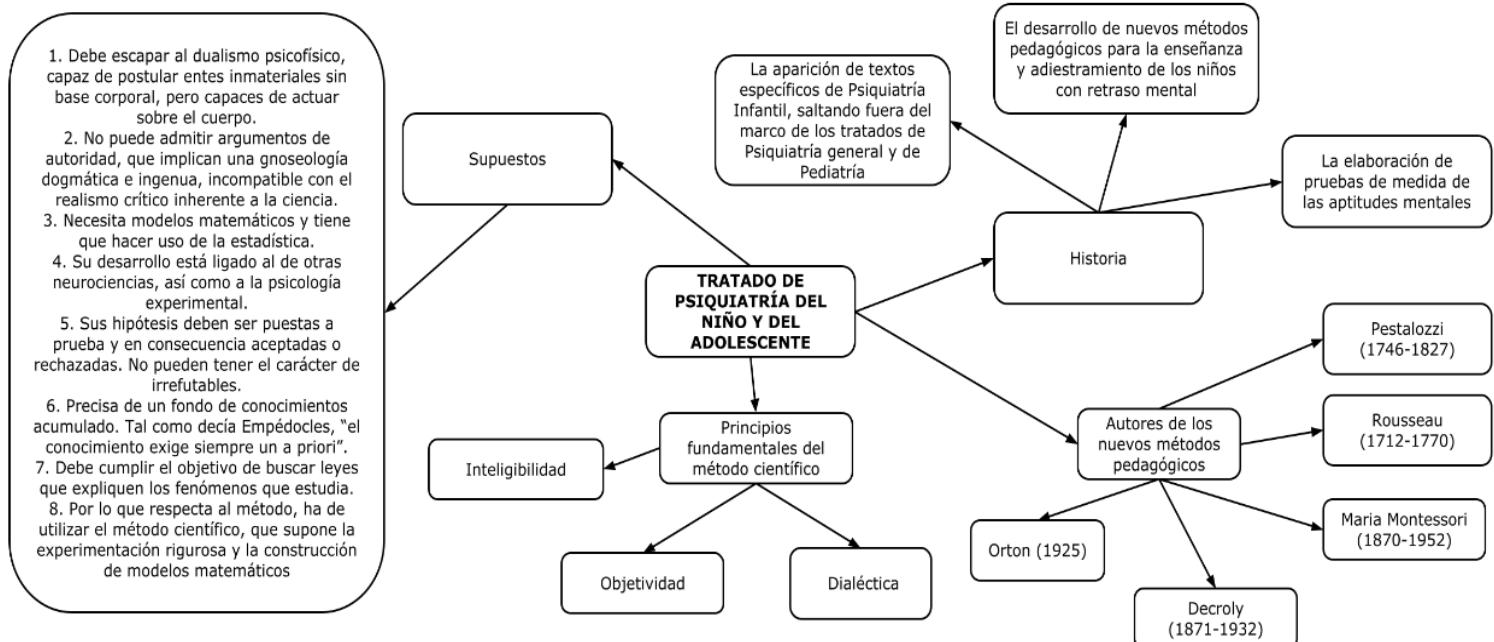
De ese modo, con esta contextualización y estas caracterizaciones de lo que son las AH, de lo que se ha trabajado, de lo que hay en el panorama; es evidente que no se tiene claridad de la patología, de cómo hacer el tratamiento, de cómo categorizar la población, de cómo identificar las enfermedades asociadas, del por qué atenderlas, de cuando se debe atender, ni de cómo hacerlo, pues solo evidencia que existe diversidad, pero no diversidad dentro de la diversidad y que aun con los avances encontrados no se cuenta con una caracterización. Frente a esto, los estudiantes/pacientes en condición de enfermedad psiquiátrica se vuelven un asunto

de salud mental en donde es importante precisar, cuáles son las posibles reacciones y cuál es ese espectro en el que se está moviendo esta población, desde su diversidad.

1.2_ Población en condición y/o situación asociada a la salud mental (enclave con lo psiquiátrico)

Para empezar a hablar de enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, discapacidad intelectual, etc.; es importante describir en términos de desarrollos históricos cómo ha sido y cómo se han establecido los conceptos y definiciones respecto al tipo de población que la padece. Dado que se tienen supuestos donde se afirma:

Figura 3: Referente teórico. Historia de la psiquiatría



Fuente: propia. Insumos de Mardomingo (2015)

Que las personas con enfermedad mental “necesitan rutinas fijas”, que tienen que permanecer encerrados bajo llave porque “necesitan internalizar límites”, que es preciso dirigirles “un tono de voz altísimo, porque si no, no lo registran”, que necesitan diariamente “trabajar todos los ejes: obediencia, asociación, discriminar objetos, motricidad fina” (Lentini,

2010, p.132). En la figura 3, se definen estos diferentes hallazgos, supuestos, principios fundamentales y autores mencionados durante el desarrollo de la psiquiatría infantil.

De ese modo, para ponerse en contexto de todos los supuestos, el desarrollo de los mismos y cómo se ha evolucionado, es importante dirigirse a la historia de la psicopatología. Pues es así como, la historia de la psicopatología educativa se enfrenta a una doble dificultad, como lo afirma Polanio, L. (1984):

En primer lugar, debe ser abierto -si realmente va a ser historia- un campo interdisciplinario que integre los aportes de la pedagogía, la educación especial, la psiquiatría infantil y la psicología, y continúe con el paso de acumulación del tiempo. El tiempo; en segundo lugar, entrelazado con todos estos aportes, existe cierta confusión y desconexión en el momento en que se producen, se puede utilizar una imagen unificada y consistente para identificar y descubrir. En otras palabras: la historia de la psicopatología educativa aún no está completa. Actualmente, solo tiene un conjunto de hitos, lo que demuestra que la psiquiatría infantil constituye una de las mayores en el campo de la psiquiatría, que actualmente se encuentra en desarrollo. (p.137)

Siguiendo con la idea anterior, la psiquiatría infantil de finales del siglo XIX y de principios del siglo XX se caracterizó por la ampliación del marco conceptual y la progresiva diversificación de los temas de estudio. Tres acontecimientos son dignos de mención, primero, la aparición de textos específicos de Psiquiatría Infantil, saltando fuera del marco de los tratados de Psiquiatría general y de Pediatría. Segundo, el desarrollo de nuevos métodos pedagógicos para la enseñanza y adiestramiento de los niños con retraso mental. Tercero, la elaboración de pruebas de medida de las aptitudes mentales (Mardomingo, 2015).

En la actualidad, es posible observar una clara tendencia a pensar en la salud mental en algo que se relaciona directamente con la ausencia de enfermedad, y se concentra en los diversos aspectos o "herramientas psicológicas que tienen las personas" (Cazes; Ayelén; Del Rio; Ricardo; Pellegrino & Mariela Inés, 2010, p. 68). Keyes y López (2005) han definido la salud mental como una serie de síntomas funcionales hedonistas y positivos, que pueden medirse por el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y el bienestar social.

Según esta definición, se puede considerar que la existencia de salud mental implica la existencia de funciones psicosociales positivas. En esta perspectiva, Keyes (1998), Blanco & Díaz (2005) plantean la razón por la que los humanos no pueden ser felices en el vacío, pues plantean que, “[...] en el vacío no hay estructura que pueda referirse a él, porque no puede abstraerse de la realidad, y mucho menos olvidar el entorno social en el que está inmerso” (p.112).

En consecuencia, la primera dificultad que se encontró fue la diversidad terminológica. Existen algunos nombres comunes, como: "Enfermedad crónica" (Liberman, 1993), "enfermedad psiquiátrica" (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000; Arbach y Pueyo, 2007), "persona con trastorno mental severo" (López & Laviana, 2007), "personas con enfermedad mental grave y de larga duración" (Villameriel & Gómez, 2003), etc.

En cuanto a, definición y categorización de cada una de las enfermedades y trastornos de tipo psiquiátrico contemplados hasta la actualidad. Caballero (2007) distingue entre enfermedad y trastorno, que:

La enfermedad suele reservarse para aquellos procesos patológicos en los que la pérdida de salud es una causa orgánica conocida, mientras que la gama de trastornos es más amplia y está asociada al resultado de cuando hay un cambio o no. (p.5389)

Según el "Manual para el Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales", los trastornos mentales son:

Un síndrome, que se caracteriza por cambios significativos en el estado cognitivo del individuo, la regulación emocional o el comportamiento en la clínica, reflejando el proceso psicológico o biológico en el que se basa la función mental de la disfunción. (DSM-V, 2014, p.20)

De esa manera, la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 2018) cataloga como trastornos mentales los siguientes junto con su definición asociada (anexo 1). Por otro lado, no existe un consenso sobre los trastornos mentales graves. En términos generales, todas las categorías de diagnóstico incluidas en TMG se consideran psicóticas.

Esto no solo se entiende como la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también como un cambio grave en el patrón de relación, conducta inapropiada o emociones inapropiadas graves en la situación, lo que implica una distorsión de la realidad. (Directrices de práctica clínica para la intervención psicosocial en trastornos mentales graves, 2009, p.31)

De acuerdo con ello, la Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave (2009) establece que en el TMG habrán de incluirse sólo las personas que cumplan por lo menos uno de los siguientes diagnósticos recogidos en la CIE-10, 2018:

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastorno esquizotípico
- Trastornos delirantes persistentes
- Trastornos delirantes inducidos
- Trastornos esquizoafectivos
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Trastornos del estado de ánimo [afectivos]
- Trastorno bipolar
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastornos depresivos graves recurrentes
- Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos
- Trastorno obsesivo compulsivo

En cuanto a los antecedentes genéticos, el desarrollo fenotípico de las enfermedades genéticas depende de una serie de factores internos y externos. La herencia se estabiliza en diferentes tipos de personalidad psicológica denominada constitución: “Distingue el físico mental (tipo psicológico), el físico (tipo morfológico) y el tipo psicofísico (tipo psicofísico)” (Úrsula, 2010, p.363).

Respecto a sus causas Silva (2018) afirma que, se encuentran:

- Las causas prenatales (antes de nacer)
- Las causas perinatales (al momento de nacer)
- Las causas post-natales (después de nacer)

Dado que lo expuesto por esta categoría alude a los aspectos asociados a la psiquiatría infantil y, la identificación y categorización de estas enfermedades psiquiátricas, se continua con la segunda categoría que ya no está expuesta desde el contexto de la medicina y la psiquiatría sino al contexto de lo educativo y curricular.

2_ El currículo de las Matemáticas Escolares en Colombia

Autores como Albada (2020); De Alba (2015); Pinar (2019); Sacristán (2019), precisan que, las concepciones o nociones que definen al currículo se han transformado en ideas meramente mitológicas con el único afán de dar y generar respuesta de lo que se cree que es o debería ser el currículo; pero que en realidad, solo se remite a repetir lo que otros mencionan acerca del tema convirtiéndose en una idea de currículo desubicada del contexto sociocultural, que desliga a los sujetos y esquematiza nociones ajenas a lo que se encuentra en la comunidad, evidenciando la necesidad de deconstruir un currículo concebido como plan de estudio, formatos, contenidos, mallas, etc. De ese modo, para hablar de currículo es necesario ubicarse en el contexto sociocultural de la población y de sus necesidades educativas.

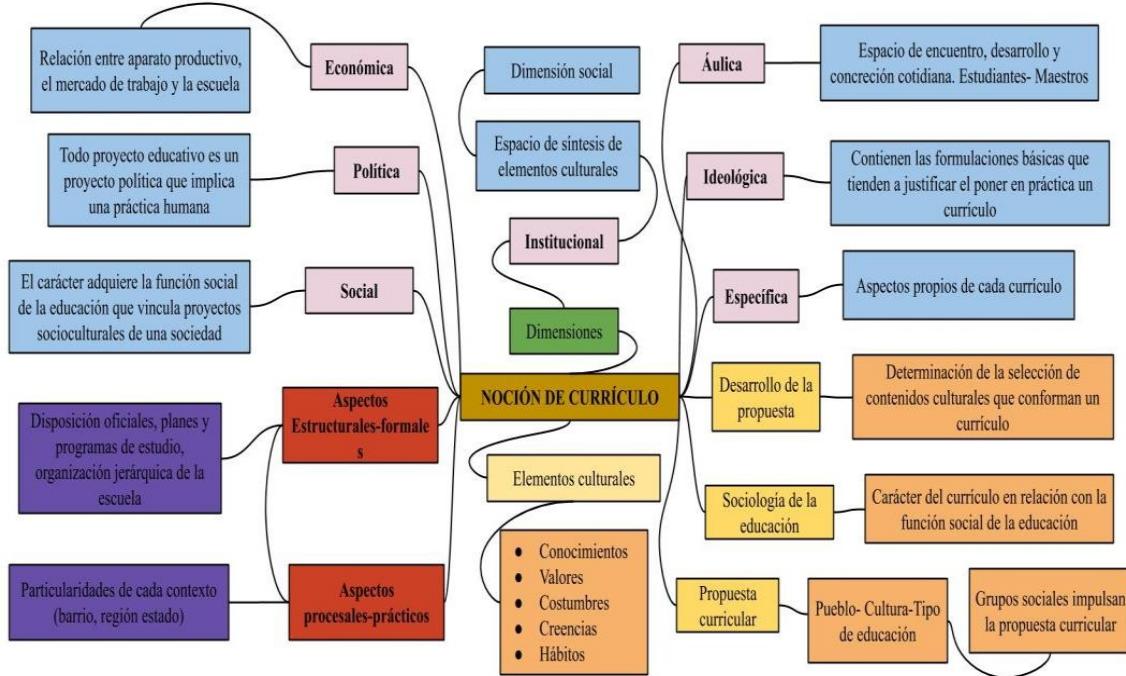
En ese sentido, el contexto de lo educativo y el currículo de las matemáticas escolares es el escenario del cual se parte para identificar cuáles de sus elementos curriculares y de su estructura se deben tener en cuenta al momento de pensar en un modelo pedagógico que permita atender población diferencial. Para esto, es conveniente fijar a qué se refiere cuando se habla de currículo.

A tal efecto, en palabras de De Alba (1999) currículo vendría siendo:

La síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta política-educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales. Propuesta conformada por aspectos estructurales-formales y procesales-prácticos, así como por dimensiones generales y particulares que interactúan en el devenir de los cursos en las instituciones sociales educativas. (p.59)

Como base de lo expuesto por De Alba (1999) se definen elementos culturales, dimensiones y desarrollos, expresados en la figura 4.

Figura 4: Referente teórico. Noción currículo

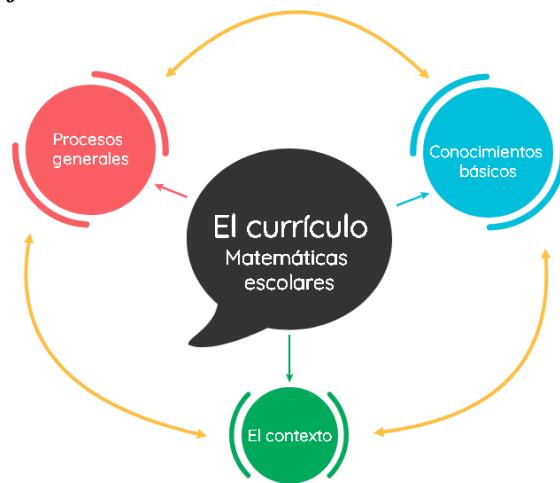


Fuente: propia. Insumos de los Lineamientos curriculares en matemáticas (1998)

Seguido de esto, para Stenhouse (1967) el currículo es, “una construcción que debe partir de la práctica, reflexionada y crítica, en diálogo constante con culturas colaborativas de aprendizaje, con los investigadores de la educación y los estamentos estatales, que nutren las elaboraciones sobre el currículo como un producto cultural” (p.145). Desde esta perspectiva, el currículo tiene como objetivo, organizar la enseñanza con el fin de cultivar una persona capaz, creativa y sensible para cumplir con su rol de ciudadano (Stenhouse, 1967). Para ello, se han pre establecido distintas disciplinas como las (Matemáticas, biología, humanidades y otras), las cuales han sido base para formar estudiantes que sean capaces y desarrollen habilidades que permitan responder a los ideales nacionales. En palabras de Steenhouse, “la teoría curricular es una teoría sobre la práctica” (p.147).

Sin embargo, no es de interés propio abarcar el currículo en términos generales dado que es un conjunto amplio de elementos, constructos y disciplinas. Por esta razón, se fijará la atención en las matemáticas, específicamente en las matemáticas escolares, dado que, como se ha dicho anteriormente, es la disciplina en que se fundamenta el problema de investigación. Así, para atender las poblaciones con enfermedades psiquiátricas descritas, es que se hace necesario plantear el currículo formal de las matemáticas escolares en Colombia, como punto de partida para el proceso. La figura 5, muestra elementos que componen su estructura.

Figura 5: Referente teórico. Currículo en matemáticas de Colombia



Fuente: propia. Insumos de los Lineamientos curriculares en matemáticas (1998)

A propósito de lo expresado, documentos como los Lineamientos curriculares en matemáticas [LCM] y los Estándares básicos de competencias en matemáticas [EBCM] permiten comprender el qué, el por qué y el cómo de las matemáticas escolares vistas desde una perspectiva sistémica, estructurada, con sus elementos, sus operaciones y sus relaciones.

En ese sentido, para los LCM (1998), hablar del currículo de matemáticas desde el marco de lo institucional, exige pensar en preguntas como:

¿Qué son las matemáticas? ¿Cuáles son las actividades de matemáticas de la escuela? ¿Cuál es el propósito y el método de las matemáticas? ¿Qué relación se establece entre matemáticas y cultura? ¿Cómo está organizado el curso de matemáticas? ¿Qué es

necesario enfatizar? ¿Qué principios, estrategias y estándares guiarán la evaluación del desempeño en matemáticas de los estudiantes? (p.9)

Es por eso que, la educación matemática debe adaptarse a las nuevas necesidades globales y nacionales, como las relacionadas con la educación para todos, el énfasis en la diversidad y la interculturalidad, y la formación de ciudadanos con las habilidades necesarias para el ejercicio de sus derechos y deberes democráticos. (EBCM, 2006, p.46)

Conforme a esta visión global e integral del quehacer matemático, los LCM (1998) considera tres grandes aspectos para organizar el currículo en un todo armonioso, estos aspectos son; los procesos generales, los conocimientos básicos y el contexto, que se expondrán a continuación.

Según los LCM (1998) y los EBCM (2006), los procesos generales, **están definidos como:** formular y resolver problemas; modelar procesos y fenómenos de la realidad; comunicar; razonar; y ejercitarse procedimientos y algoritmos. Dicho en otras palabras, son:

[...] el uso flexible de conceptos, procesos y múltiples lenguajes que expresan ideas matemáticas relacionadas y formulan, reformulan, tratan y resuelven problemas relacionados con situaciones. Integran funciones de razonamiento, que requieren de argumentos que demuestren la corrección de los análisis y procedimientos realizados y la efectividad de las soluciones propuestas. Utilizan diferentes registros de representación o sistemas de representación simbólica para crear y expresar ideas matemáticas; utilizar y transformar estas representaciones y formar y mantener opiniones con ellas. Utilice argumentos, pruebas y refutaciones, ejemplos y contraejemplos, como un medio para verificar y rechazar conjeturas, y continúe por el camino de la prueba. Y, por último, domine los algoritmos y procesos matemáticos, y sepa cómo, cuándo y por qué utilizarlos de forma flexible y eficaz. (p.51)

Los *conocimientos básicos*, como segundo aspecto; están relacionados con el proceso específico de desarrollo del pensamiento matemático y el sistema matemático. Guzmán, M. (1995) señala que, más allá de las ramas tradicionales de las matemáticas como la aritmética y la geometría, las matemáticas tendrían que “enfrentarse con, la complejidad del símbolo (álgebra), la complejidad del cambio y de la causalidad determinística (cálculo), la complejidad proveniente de la incertidumbre en la causalidad múltiple incontrolable (probabilidad,

estadística) y la complejidad de la estructura formal del pensamiento (lógica matemática)” (p.58). Es por eso que, en los LCM (1998) y los EBCM (2006), el pensamiento matemático se encuentra organizado en: pensamiento numérico y sistemas numéricos; pensamiento espacial y sistemas geométricos; pensamiento métrico y sistemas de medidas; pensamiento aleatorio y sistema de datos; y pensamiento variacional y sistemas algebraicos. Estos procesos específicos están relacionados con el desarrollo de números, espacio, medición, pensamiento aleatorio y variante, etc. Y los sistemas según los propuestos en la reforma curricular son: los sistemas numéricos, los sistemas geométricos, los sistemas de medida, los sistemas de datos y los sistemas algebraicos y de análisis.

El aspecto relacionado *al contexto*, tiene que ver con el entorno que rodea a los estudiantes y da sentido a las matemáticas que aprenden. Es necesario considerar variables como las condiciones sociales y culturales locales e internacionales, los tipos de interacciones, los beneficios generados, las creencias y las condiciones económicas del grupo social en el que se produce la conducta educativa. Para utilizar el contexto como un recurso en el proceso de enseñanza, se necesita la intervención continua de los profesores para modificar y enriquecer el contexto para que los estudiantes aprendan. Estas intervenciones generan preguntas y situaciones interesantes porque se relacionan con el entorno, se relacionan con los estudiantes y dan sentido a las matemáticas (LCM, 1998).

Ahora, para que la docencia cumpla con los requisitos anteriores, antes, durante y después de la intervención docente, los LCM (1998) plantean algunas reflexiones sobre el conocimiento y su trabajo docente. Para una comprensión general, se centra la atención en tres de sus fases: fase preactiva, fase interactiva y fase posactiva (Llinares, 1991). Para Llinares, “la fase preactiva es la elaboración de un ‘plan de acción’, que puede verse como un boceto de la creación del artista. Al enseñar matemáticas, este boceto debe tener en cuenta las decisiones

sobre qué enseñar y cómo enseñar” (p.22). Para ello se requiere, un *conocimiento de los estudiantes*, el cual “[...] no solo está relacionado con sus puntos de vista sobre matemáticas e ideas previas, sino que también refleja las razones del aprendizaje, que se basa en la posibilidad de que los estudiantes diseñen situaciones problemáticas” (LCM, 1998, p22).

Por otro lado, para la evaluación, su precedente es:

[...] evaluar el estado cognitivo y emocional de los estudiantes en el campo del conocimiento, lo que significa que, de acuerdo al propósito y estrategia de aprendizaje, se consideran todos los elementos requeridos para diagnosticar el estado de aprendizaje, factores formadores y logros. Las intervenciones utilizadas en el proceso educativo, también deben ser evaluados continuamente con conductas que representen su trabajo diario: su actitud, persistencia, interés, participación, capacidad para distinguirse en un campo o disciplina específico, capacidad para absorber y comprender información y procedimientos, y mejorar gradualmente para comprender, analizar métodos, crear y resolver problemas, así como su creatividad o tendencia a buscar nuevos métodos o respuestas a situaciones. (LCM, 1998, p.91)

Lo anterior incluye elementos a evaluar, precisados a continuación:

- Las concepciones de los alumnos sobre los conceptos.
- Los cambios que se presentan en las concepciones mediante la participación activa de los estudiantes durante la construcción de los conocimientos.
- La comprensión de los conocimientos básicos en un momento dado.
- El estado de conceptualización alcanzado frente a los saberes formales.
- Las formas de comunicación de concepciones y conceptos.
- La capacidad para aplicar los conocimientos.
- La capacidad para interpretar, plantear y resolver problemas.
- Las estrategias y procedimientos utilizados para plantear y resolver problemas.
- Los estilos de trabajo: solitario y colectivo.
- La adquisición de destrezas.
- La participación individual en tareas colectivas.
- El interés por ampliar los conocimientos discutidos en el aula.
- La capacidad de lectura y escritura de temas relacionados con el área.
- La capacidad de reflexionar, críticamente, sobre lo que se aprende, lee o escribe. texto, los intereses y las necesidades de los estudiantes. (LCM, 1998, p.85)

En consecuencia, de lo expuesto por LCM y los EBCM, se deben considerar diversos factores que constituyen o determinan el currículo. Dichos factores son: la enunciación de los principios, los propósitos de formación, por nivel y ciclo, los criterios para selección de contenidos, los criterios para secuenciar los contenidos, la organización espacio/temporal de los contenidos que bien puede ser por asignaturas, por módulos (monográficos), por proyectos

pedagógicos, por campos conceptuales, etcétera; y los criterios para la selección de metodologías y recursos didácticos. Todo lo anterior vinculado a una conceptualización de la Actividad Matemática (LCM, 1998, p.97).

2.1_Los Procesos de pensamiento de las Matemáticas escolares

Dado que este trabajo de investigación se centra en buscar relaciones entre los procesos de las matemáticas escolares y las condiciones de población con enfermedades mentales en particular; se hace necesario precisar, cuáles son estos procesos de las matemáticas escolares, que se dice de cada uno de ellos, cómo se establecen y cómo se relacionan, como insumo para la caracterización de elementos que permita atender a este tipo de población diversa.

Como se afirma en los EBCM (2006), “todas las áreas curriculares consideran procesos semejantes y en cada una de esas áreas estos procesos tienen peculiaridades distintas y deben superar obstáculos diferentes que dependen de la naturaleza de los saberes propios de la respectiva disciplina” (p. 51). En ese sentido, para las matemáticas escolares específicamente existen unos procesos particulares que permiten desarrollar pensamiento matemático, los están definidos por EBCM (2006) de la siguiente manera:

La formulación, tratamiento y resolución de problemas

Este es un proceso que debería existir en todas las actividades del currículo de matemáticas, y puede convertirse en el principal eje organizativo del currículo de matemáticas, porque la situación problema proporciona un contexto directo significativo para la tarea matemática, en cierta medida, la situación problema y la experiencia diaria están estrechamente relacionados y, por tanto, son más significativos para los estudiantes. La formulación, tratamiento y resolución de problemas provocados por la situación problemática puede cultivar una curiosidad persistente, utilizar una serie de estrategias para solucionarlos, encontrar

resultados, verificar y explicar su racionalidad, modificar condiciones y provocar otros problemas.

La modelación

Un modelo puede entenderse como un sistema de imágenes mental, gráfico o tridimensional que reproduce o representa la realidad de forma esquemática para facilitar su comprensión. Es una estructura o artefacto de una sustancia o pensamiento. Un sistema, a veces llamado "estructura", se puede usar como referencia para que la gente intente comprender; una imagen simulada que le permite adoptar una idea o concepto y lleva a cabo la asignación y el procesamiento específicos. El modelo resultante puede realizar transformaciones o procesos experimentales sobre un conjunto de situaciones o un cierto número de objetos reales o imaginarios sin manipularlos o destruirlos, para sustentar la formación de conjeturas y razonamientos y aportar pistas para la demostración. (EBCM, 2006, p.53)

La modelación se puede realizar de diferentes formas, simplificando la situación y eligiendo la forma de expresar la situación desde lo mental, gestual, gráfico o mediante símbolos aritméticos o algebraicos con el fin de formular y resolver los problemas relacionados. Un buen modelo mental o gráfico pueden permitir a los estudiantes buscar diferentes caminos de solución, estimar soluciones aproximadas o reconocer si la solución aparente obtenida mediante cálculos numéricos o algebraicos es razonable, significativa o si es imposible o irrazonable.

La comunicación

A pesar de que suele repetirse lo contrario, la matemática no es un lenguaje, pero se puede construir, perfeccionar y comunicar a través de diferentes lenguajes de expresión, presentación, lectura y escritura, habla y audición. La adquisición y el dominio del lenguaje

matemático debe ser un proceso bien pensado que pueda y fomente discusiones frecuentes y claras de situaciones, significados, conceptos y símbolos para comprender sus conexiones y promover el trabajo colectivo. Qué estudiantes comparten el significado de palabras, frases, gráficos y símbolos, se dan cuenta de la necesidad de un acuerdo colectivo o incluso universal, y valoran la eficiencia, eficacia y economía del lenguaje matemático. (EBCM, 2006, p.54)

Las diferentes formas de expresar y comunicar problemas matemáticos, preguntas, conjeturas y resultados no son externos, sino que se suman a las actividades puramente mentales y matemáticas, sino que se configuran de manera interna y fundamental, haciendo de la forma de expresión y comunicación las dimensiones que constituye. Una comprensión de las matemáticas con Raymond Duval (Raymond Duval), se puede decir que, si no existen al menos dos formas distintas de expresar y representar contenido matemático, es decir, lo que él llama "registros de representación" o "registros semióticos", parece imposible de aprender y entender. contenido.

El razonamiento

El desarrollo del razonamiento lógico comienza en el primer grado apoyado por el contexto y los materiales físicos, lo que nos permite percibir regularidades y relaciones. Hacer predicciones y conjeturas; probar o refutar estas hipótesis; dar una explicación coherente; proponer posibles explicaciones y respuestas, y adoptar argumentos y razones de aceptación o rechazo. Los modelos y materiales físicos y de manipulación ayudan a comprender que las matemáticas no son solo la memoria de reglas y algoritmos, sino que son significativas, lógicas, mejoran las habilidades de pensamiento y son interesantes. En grados superiores, el razonamiento se vuelve independiente de estos modelos y materiales, y puede trabajar directamente con proposiciones y teorías, cadenas de argumentos y métodos que intentan

verificar o invalidar conclusiones, pero también tiende a apoyarse en estos modelos de manera intermitente, materiales, dibujos y otros artefactos. (EBCM, 2006, p.54)

Convenientemente, la situación de aprendizaje puede facilitar el razonamiento espacial, métrico y geométrico, el razonamiento numérico, especialmente el razonamiento proporcional apoyado por gráficos. En este caso, al proponer hipótesis o conjeturas, se pueden utilizar diversas situaciones para identificar y aplicar la lógica inductiva y el razonamiento lógico del razonamiento, así como el razonamiento deductivo, al intentar probar una proposición que anteriormente se consideraba un teorema, axioma, hipótesis o Principios., o al intentar refutar contradiciendo a otros o estableciendo contraejemplos.

La formulación, comparación y ejercitación de procedimientos

Para analizar la contribución de la ejecución de procedimientos rutinarios en el desarrollo significativo y comprensivo del conocimiento matemático es conveniente considerar los mecanismos cognitivos involucrados en dichos algoritmos.

Uno de estos mecanismos es la alternación de momentos en los que prima el conocimiento conceptual y otros en los que prima el procedimental, lo cual requiere atención, control, planeación, ejecución, verificación e interpretación intermitente de resultados parciales. Otro mecanismo cognitivo clave es la automatización, que requiere de la práctica repetida para lograr una rápida, segura y efectiva ejecución de los procedimientos; esta automatización no contribuye directamente al desarrollo significativo y comprensivo del conocimiento, pero sí contribuye a adquirir destrezas en la ejecución fácil y rápida de cierto tipo de tareas. Estas destrezas dan seguridad al alumno y pueden afianzar y profundizar el dominio de dichos conocimientos, pero también pueden perder utilidad en la medida en que se disponga de ayudas tecnológicas que ejecuten dichas tareas más rápida y confiablemente. Otro mecanismo cognitivo involucrado es la reflexión sobre qué procedimientos y algoritmos conducen al reconocimiento de patrones y regularidades en el interior de determinado sistema simbólico y en qué contribuyen a su conceptualización. Esta reflexión exige al estudiante poder explicar y entender los conceptos sobre los cuales un procedimiento o algoritmo se apoya, seguir la lógica que lo sustenta y saber cuándo aplicarlo de manera fiable y eficaz y cuándo basta utilizar una técnica particular para obtener más rápidamente el resultado. (MEN, LCM. p. 55)

3_ Relaciones entre la atención de población en condición y/o situación de salud mental (enclave en condición psiquiátrica) y el currículo de matemáticas escolares en Colombia

La educación en Colombia es un derecho ciudadano y una prioridad del gobierno. De acuerdo con la Constitución de 1991 y la Ley General de Educación de 1994, todos los colombianos tienen derecho a recibir educación para promover su desarrollo personal y beneficiar a la sociedad.

En ese sentido, el artículo 67 de la Constitución Política, define y desarrolla la organización y la prestación de la educación formal en sus niveles preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal, dirigida a niños y jóvenes en edad escolar, a adultos, a campesinos, a grupos étnicos, a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y a personas que requieran rehabilitación social.

Más preciso, el sistema educativo colombiano en su educación formal se estructura en tres niveles, la educación preescolar, educación básica y educación media. Por educación formal se entiende, según la Ley general de educación (1994) “aquella que se imparte en establecimientos educativos aprobados, en una secuencia regular de ciclos lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas, y conducente a grados y títulos” (p. 3).

Por otro lado, según la Ley general de educación (1994), se contempla también la educación no formal, siendo “la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados establecidos en el artículo 11 de esta Ley” y en las instituciones de educación no formal se podrán “ofrecer programas de formación laboral en artes y oficios, de formación académica y en materias conducentes a la validación de niveles y grados propios de la educación formal, definidos en la presente Ley” (p. 11).

También, en el sistema educativo se contemplan distintas modalidades de atención educativa a poblaciones, como educación para personas con limitaciones o capacidades excepcionales, educación para adultos, educación para grupos étnicos, educación campesina y rural y educación para la rehabilitación social, como lo señala la Ley general de educación 1994).

Según las modalidades mencionadas en la Ley general de educación de 1994, se evidencia que, las AH, o la de atención a población que se encuentra en situación y/o condición de enfermedad u hospitalizados, no se encuentran establecidas dentro de la Ley, es decir, las AH no están regidas en el marco legislativo de la educación Nacional en Colombia.

A diferencia de Argentina, donde la Ley de Educación Nacional No 26.206 de 2006, establece la estructura del Sistema Educativo Nacional en cuatro Niveles y ocho Modalidades, con la inclusión por primera vez de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como Modalidad del Sistema Educativo.

Es decir, que las AH en Argentina se encuentran regidas por el marco legislativo Nacional, pues, según el artículo 17, la estructura del Sistema Educativo Nacional comprende cuatro (4) Niveles –la Educación Inicial, la Educación Primaria, la Educación secundaria y la Educación Superior–, y ocho (8) modalidades, la Educación Técnico Profesional, la Educación Artística, la Educación Especial, la Educación Permanente de Jóvenes y Adultos, la Educación Rural, la Educación Intercultural Bilingüe, la Educación en Contextos de Privación de Libertad y la Educación Domiciliaria y Hospitalaria.

Por consiguiente, AH se desarrollan en el marco del Proyecto de Enfoques Diferenciales y es, regido por el Acuerdo Distrital 453 de 2010, en conjunto de las secretarías de Educación del Distrito (SED) y la Salud (SDS) (Bogotá, 2014). Precisando que, el proyecto de enfoques diferenciales tiene como objetivo según la Alcaldía Mayor de Bogotá (2016):

Construir un modelo integral de atención educativa diferencial, que permita una educación de calidad para las personas víctimas del conflicto armado, con discapacidad, capacidades y/o talentos excepcionales, en condiciones de salud que impiden la escolaridad regular, en dinámicas de trabajo infantil, en extra edad, con orientación sexual diversa, en conflicto con la ley penal, pertenecientes a grupos étnicos, jóvenes y adultos que no acceden a la educación, a partir de la garantía de las condiciones mínimas en términos de los apoyos requeridos, contenidos educativos, recursos pedagógicos, y estrategias flexibles para conseguir la participación efectiva de todos los estudiantes, independientemente de sus condiciones o características, en el marco de los derechos humanos y desde el enfoque de género. (p. 2)

Y en su defecto, el Acuerdo Distrital 453 de 2010 tiene por objeto facilitar el proceso de educación formal de los niños, niñas y jóvenes, que, por enfermedad o tratamientos médicos, se encuentren hospitalizados o incapacitados. Es decir, que, hasta el momento, las AH se han establecido dentro de las políticas públicas educativas a nivel distrital (Bogotá), lo que es evidente, dado que están regidas por un acuerdo distrital y lo que se ha establecido de ellas, ha sido aprobado por el distrito.

Esta caracterización normativa de las AH y lo que se ha venido mostrando a lo largo del marco teórico acerca del modelo pedagógico y de intervención, muestra que el modelo con el que atiende población diferencial es el mismo con el que se ha atendido la población perteneciente a la educación formal. Sin importar que tipo de población se esté atendiendo educativamente, la Ley general de educación (1994), establece que existen unas áreas de conocimiento y disciplinas obligatorias que ha de enseñarse, para que los niños, niñas y/o adolescente continúen con su proceso escolar.

Es por eso que, se justifica el por qué no trabajar o escoger los temas, por qué no enfocarse en los contenidos, por qué si hacer el trabajo desde los procesos. Si bien los objetos matemáticos existentes, estructurados y organizados en el currículo de las matemáticas ha de ser enseñados para que los estudiantes alcancen las competencias y habilidades, y continúen sus procesos escolares, los procesos en matemáticas son lo que van a permitir evidenciar los desarrollos y conocimientos adquiridos por esta población diferencial (que padece enfermedad

psiquiátrica) y cuáles de esos procesos permiten el desarrollo de las matemáticas escolares según la caracterización de su condición correspondiente, su diagnóstico, de lo que puede hacer o no.

En ese sentido, se tiene que, hay una particularidad y es que existe diversidad dentro de la diversidad. Se pondrá en consideración dos enfoques, el primero es, el planteamiento de las distintas propuestas implementadas para atender población con enfermedades mentales expuestas desde la educación formal fuera de las AH y el segundo, alude a plantear, “desde la educación no formal, ¿qué de matemáticas escolares es susceptible de desarrollo y elaboración para estudiantes con enfermedades psiquiátricas?”

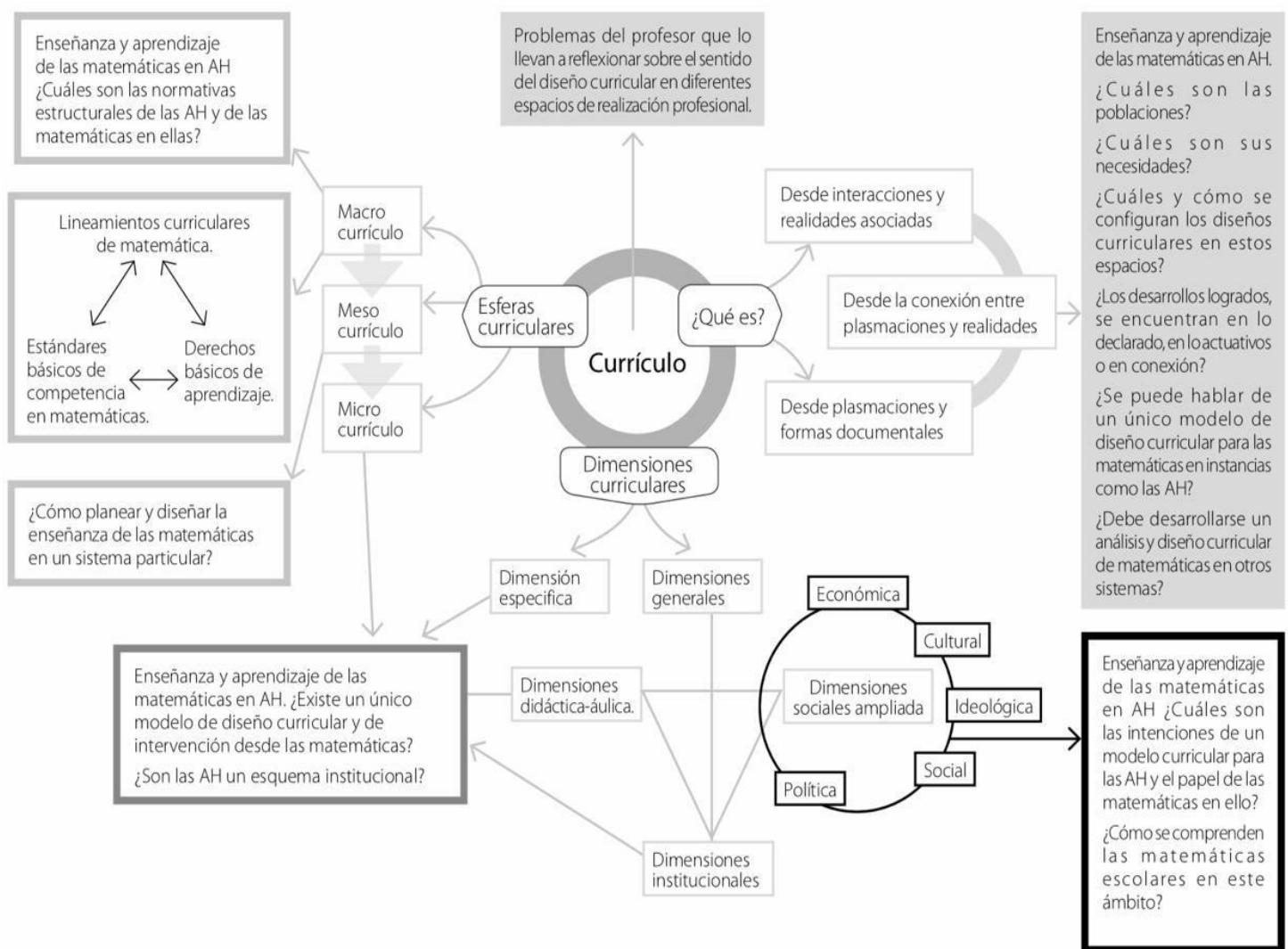
Cuando se habla de diversidad, lo primero que se viene a la mente es la diversidad en el aula regular y / o el entorno escolar. Es evidente que existen elementos que permiten atender las distintas poblaciones diversas que se encuentra en la educación formal y como ésta brinda apoyo a las diferentes poblaciones, pero, ¿cómo atender las diferentes poblaciones y otras posibles aulas desde la educación no formal?

En ese sentido, se encuentra el modelo de atención implementado para atender niños, niñas y/o adolescentes con discapacidad mental propuesto por María Montessori, adicionalmente a lo mencionado en el primer apartado. Este método enfatiza en la capacidad de aprendizaje de niños y niñas al comienzo de sus vidas. Se basa en “la observación constante, la adaptación al espacio y el diseño cuidadoso de materiales abstractos para conocimientos específicos, no solo busca transferir conocimientos, sino que también debe vivirlos, crearlos y aplicarlos para lograr un aprendizaje significativo y activo” (Silva, 2018, p.15). Este método de aprendizaje se orienta en el desarrollo de áreas como, la sensorial, de la vida práctica, de lenguaje, de matemáticas y de educación cósmica.

Sin embargo, la discapacidad mental en la mayoría de los casos no exige hospitalización, agregando la posibilidad a este tipo de población de asistir al aula regular para continuar con sus procesos escolares. Pero, la discapacidad mental no es la única enfermedad de salud mental que existe; lo que lleva a pensar, ¿cómo atender las demás enfermedades de salud mental? Y, ¿qué pasa con los estudiantes que se encuentran internados, en tratamiento u hospitalizados?, ¿cómo terminan sus estudios?, ¿qué criterios tienen en cuenta para ser evaluados? En pocas palabras, las diferentes formas, métodos, procesos y estrategias de intervención que se han mostrado a lo largo del marco teórico para atender estudiantes con enfermedades de salud mental o discapacidad mental, ya sea implementada desde las AH o fuera de ellas, están basadas en currículo formal.

Albadan, et al (2020), en pro de encontrar respuestas a estos interrogantes se plantearon desafíos como la necesidad de configurar un sistema institucional propio, en cuanto a la conformación de un diseño curricular particularizante que reconozca su independencia, las condiciones y situaciones en las que se realiza y a las que atiende. Un primer acercamiento, desde el centro de actuación del seminario de formación y el desarrollo de la experiencia se logra consolidar como base de intervención, lo expresado en la figura 6.

Figura 6: Referente teórico. Componentes curriculares



Fuente: Albadan, J., Calderón, L., Pico, P., Fonseca, S. y Prada, M. (2020). Aulas Hospitalarias y Matemáticas Escolares: Del estado actual a un diseño curricular particularizante. En Compendio del IV Congreso Internacional de Redlaceh. Ciudad de Panamá. Riquelme y Ferreira. p. 324

En consecuencia, responder a lo anterior es, reflexionar desde qué competencias se debería desarrollar el pensamiento matemático en niños, niñas y/o adolescentes que padecen algún tipo de enfermedad mental. Así es como, aparece el término de competencia como base para identificar elementos curriculares apropiados y particularizantes.

En ese sentido, Díaz, A. (2006) afirma que, el término de competencia supone la combinación de elementos como, la información, el desarrollo de una habilidad y puestos en acción en una situación inédita. La mejor forma de observar las habilidades es combinar estos tres aspectos, lo que significa que todas las habilidades requieren información específica. Al mismo tiempo, también requiere el desarrollo de una habilidad, o una serie de procesos de habilidades derivados de la información. Pero es en una situación problemática, es decir, en una situación real que es posible desarrollar la competencia. Es decir, las competencias “[...] son transversales a las áreas del currículo y del conocimiento. Aunque generalmente se desarrollan a través del trabajo concreto una o más áreas, se espera que sean transferidas a distintos ámbitos de la vida académica, social o laboral” (MEN, 2006, p.12).

También, el investigador Alexim (2004), en los trabajos académicos realizados para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define las competencias al tiempo que las califica en básicas; específicas; esenciales; generales o genéricas, profesionales, tácitas; y, transversales.

Como afirma Albadan (2020), las competencias básicas, están definidas como

El sistema de destrezas, conocimientos y actitudes que se aplican para adaptarse en diferentes contextos sociales y habilidades cognitivas, por lo tanto, son transversales a las áreas, las competencias genéricas, son el sistema de actitudes, valores y habilidades que permiten el desempeño de un estudiante. Se asocia de manera directa con las competencias socioemocionales y ocupacionales, y, por último, las competencias específicas básicas, se definen

como el sistema de conocimientos, actitudes, valores y habilidades que permiten el desempeño satisfactorio en las áreas de conocimiento escolares.

Ahora, cuando se habla de competencias en matemáticas, los EBCM (2006) afirman que:

[...] el sentido de la expresión ser matemáticamente competente está íntimamente relacionado con los fines de la educación matemática de todos los niveles educativos y con la adopción de un modelo epistemológico sobre las propias matemáticas. La adopción de un modelo epistemológico coherente para dar sentido a la expresión ser matemáticamente competente requiere que los docentes, con base en las nuevas tendencias de la filosofía de las matemáticas, reflexionen, exploren y se apropien de supuestos sobre las matemáticas. (p.49)

Esta noción ampliada de competencia está relacionada con el saber qué, el saber qué hacer y el saber cómo, cuándo y por qué hacerlo. Por tanto, la precisión del sentido de estas expresiones implica una noción de competencia estrechamente ligada tanto al hacer como al comprender. Si bien es cierto que la sociedad reclama y valora el saber en acción o saber procedimental, también es cierto que la posibilidad de la acción reflexiva con carácter flexible, adaptable y generalizable exige estar acompañada de comprender qué se hace y por qué se hace y de las disposiciones y actitudes necesarias para querer hacerlo, sentirse bien haciéndolo y percibir las ocasiones de hacerlo. (p.50)

Es necesario comenzar por identificar el conocimiento matemático informal de los estudiantes relacionado con actividades reales en el entorno circundante, y admitir que el aprendizaje de las matemáticas no es solo un problema relacionado con la cognición, sino que también involucra factores de naturaleza emocional y funcional. Esto significa incorporar la visión de las matemáticas en el proceso de formación de los estudiantes como una actividad humana mediada culturalmente que incide en la vida social, cultural y política de los ciudadanos (EBCM, 2006).

Por lo tanto, competencia es, según lo expuesto por MEN (2006):

La capacidad que integra nuestros conocimientos, potencialidades, habilidades, destrezas prácticas y acciones, manifestadas a través de los desempeños o acciones de aprendizaje propuestas en cada área. Podemos reconocerla como un saber hacer en situaciones concretas y contextos específicos. Las competencias se construyen, se desarrollan y evolucionan permanente de acuerdo con nuestras vivencias y aprendizajes. (p.47)

Las competencias en las matemáticas escolares son transversales a los componentes (aleatorio, numérico variacional, espacial métrico), los aprendizajes y las evidencias, según el MEN, ICFES (2006). La prueba ICFES en el área de matemáticas, según el sistema de evaluación educativo colombiano evalúa competencias matemáticas de comunicación, modelación, razonamiento, planteamiento y resolución de problemas, elaboración, comparación y ejercitación de procedimientos.

En la construcción de las pruebas estas competencias se reagruparon así: el razonamiento y la argumentación; la comunicación, la representación y la modelación; y el planteamiento y resolución de problemas. En estas últimas quedan inmersas, la elaboración, comparación y ejercitación de procedimientos. Es decir, se pasa de los procesos como se ha mencionado anteriormente a las competencias, las cuales quedan establecidas de la siguiente forma:

Razonamiento y argumentación, “esta competencia está relacionada con la capacidad para” dar cuenta del cómo y del porqué de los caminos que se siguen para llegar a conclusiones, justificar estrategias y procedimientos puestos en acción en el tratamiento de situaciones problema, formular hipótesis, hacer conjeturas, explorar ejemplos y contraejemplos, probar y estructurar argumentos, generalizar propiedades y relaciones, identificar patrones y expresarlos matemáticamente y plantear preguntas, reconocer distintos tipos de razonamiento y distinguir y evaluar cadenas de argumentos.

Comunicación, representación y modelación, están referidas, entre otros aspectos, a la capacidad del estudiante para expresar ideas, interpretar, usar diferentes tipos de representación, describir relaciones matemáticas, describir situaciones o problemas usando el lenguaje escrito, concreto, pictórico, gráfico y algebraico, manipular expresiones que contengan símbolos y fórmulas, utilizar variables y describir cadenas de argumentos orales y escritas, traducir, interpretar y distinguir entre diferentes tipos de representaciones, interpretar lenguaje formal y simbólico así como traducir de lenguaje natural al simbólico formal y viceversa.

Planteamiento y resolución de problemas, se relacionan, entre otros, con la capacidad para formular problemas a partir de situaciones dentro y fuera de las matemáticas, desarrollar, aplicar diferentes estrategias y justificar la elección de métodos e instrumentos para la solución de problemas, justificar la pertinencia de un cálculo exacto o aproximado en la solución de un problema y lo razonable o no de una respuesta obtenida, verificar e interpretar resultados a la luz del problema original y generalizar soluciones y estrategias para dar solución a nuevas situaciones problema. (ICFES, 2018, p.13)

En síntesis, estas argumentaciones permiten precisar los procesos generales presentes en toda la actividad matemática que explicitan lo que significa ser matemáticamente competente. Estos procesos generales fueron mencionados anteriormente, formular y resolver problemas; modelar procesos y fenómenos de la realidad; comunicar; razonar; y ejercitarse en procedimientos y algoritmos, siendo la base para identificar a partir de cuáles de estas competencias los estudiantes que padecen enfermedades mentales, logran integrar conocimientos y habilidades asociados al pensamiento matemático.

Capítulo 3

Naturaleza de la investigación

En vista que, lo planteado en este trabajo de investigación sugiere reconocer la necesidad de caracterizar elementos y procesos que deberían permitir atender población en condición y/o situación de enfermedad psiquiátrica; y las referencias bibliográficas que abarcan este tipo de problema es escasa y casi nula, implica que este problema investigativo es una línea de investigación poco conocida o estudiada.

Dado lo anterior, es que se califica ésta como una investigación de tipo exploratorio.

La investigación exploratoria tiene como objetivo examinar o explorar un problema de investigación poco estudiado o que no ha sido analizado antes. Por esa razón, ayuda a entender fenómenos científicamente desconocidos, poco estudiados o nuevos, apoyando en la identificación de conceptos o variables potenciales, identificando relaciones posibles entre ellas. (Cazau, 2006, citado por Abreu, 2012, p.5)

En ese sentido, "un trabajo de exploración [...] aspira adentrarse en una comarca poco conocida (y básicamente su objetivo es) [...] iluminar senderos, apartar obstáculos, poner alguna claridad donde había sólo confusión, describir hallazgos, siendo las tareas primarias que se propone quien indaga sobre problemas poco abordados" (Cadenas, 1991, p.183, citado por González. J, s.f, p.2). Por tanto, para abordar un tema o problema a través de una investigación exploratoria por primera vez, es relevante guiarse por una serie de técnicas de investigación que permitan desarrollar el trabajo. No obstante, "conviene destacar que este tipo de investigación no pretende determinar las conclusiones del tema estudiado, sino servir de fundamento a otras investigaciones para que éstas se encarguen de extraer los resultados que conlleven a las conclusiones pertinentes" (Morales. N, s.f, p.2).

Consideraciones metodológicas

Para Morales (s.f) en los tipos de investigación exploratoria se encuentra la investigación a través de expertos, definiéndola como la forma más directa de obtener información, dado que, son profesionales especializados en distintos campos de acción; por lo que es indispensable conocer sus opiniones, experiencias, trabajos realizados y conceptos asociados que se haya desarrollado dentro de su quehacer como profesional. A través de ella se tiene conocimiento de ¿qué acciones han realizado?, ¿qué cambios se han generado?, ¿qué obstáculos podemos encontrar durante la investigación? y ¿cuáles son las prioridades? entre otras.

En consecuencia, para realizar la investigación a través de estos expertos mencionados, el instrumento de investigación seleccionado es el de tipo “entrevista”, encargada de la recolección de información pertinente. Por tanto, se construirá un cuerpo de entrevistas en línea con los parámetros fijados y estructurados en las distintas categorías construidas para el análisis (*Tabla 2*) y las fases de trabajo abordadas.

Para el desarrollo del presente trabajo se tendrán en cuenta cuatro fases, en las cuales se ha estructurado el proceso con el fin de ir dando respuesta a cada uno de los objetivos propuestos, desde el general hasta cada uno de los específicos. Las fases planteadas son, I) el rastreo y el análisis, II) una aproximación teórica y la elaboración de categorías, III) diseño de los instrumentos de investigación, y por último IV) análisis y caracterización de elementos.

Fase I: Rastreo y análisis

En esta primera fase, se indagaron distintos documentos relacionados con los diferentes modelos de intervención pedagógica utilizados para atender población diferencial desde el programa de AH, reconocer elementos y procesos curriculares asociados a estas prácticas

pedagógicas, identificar las características de población en condición y/o situación de enfermedad mental y qué elementos de las matemáticas escolares son caracterizables. El rastreo, ya realizado, arrojó como resultado que no existen prácticas pedagógicas individualizadas que atiendan a este tipo de población específicamente. El análisis de los documentos encontrados en el rastreo, permitió la creación de un estado del arte (*tabla 1*) que identifica y reconoce en el trabajo, lo que se ha dado como declarado y lo que debería ser en todas sus formas y dimensiones; de esta forma, lo anterior satisface y cumple lo propuesto en el primer objetivo específico.

Fase II: Aproximación teórica y elaboración de categorías

Esta segunda fase corresponde con lo planteado en los distintos documentos que se analizaron en el rastreo como material teórico para evidenciar las necesidades que emergen para atender el problema de investigación. Lo encontrado allí está en términos de atención a la diversidad, las prácticas pedagógicas en AH, la caracterización de población que padece enfermedades psiquiátricas, el currículo de las matemáticas escolares y los procesos asociados, y las diferentes relaciones y conexiones que pueden constituirse.

La consulta sobre atención a la diversidad, las prácticas pedagógicas en AH y la caracterización de población que padece enfermedades psiquiátricas, ubican en términos normativos, pedagógico, disciplinares y educativos qué se ha desarrollado, implementado y elaborado para la atención a este tipo de población y para que sea posible, es necesario reconocer las características propias de la población, tipo de enfermedades, procesos, diagnósticos, etc. La consulta sobre el currículo de matemáticas y sus procesos permite reconocer formas de enseñanza y aprendizaje de las matemáticas escolares para esta población diferencial. Todo esto da sustento para empezar a relacionar cuáles de los procesos y

diagnósticos de la población es posible asociar con cual elemento y proceso matemático escolar, con esto se cumplen el segundo y tercer objetivo específico.

Fase III: Diseño de los instrumentos de investigación

Para esta tercera fase de diseño de los instrumentos de investigación, se hace parte la teoría consultada, indagada y analizada, como punto de partida para el diseño de las entrevistas semi-estructuradas dirigidas a profesionales de la salud especializados en población de salud mental, terapeutas, educadores especiales y docentes con experiencia en población en condición de enfermedad, y de allí categorizar elementos de las matemáticas escolares y formas de atención e intervención educativa a partir de procesos cognitivos y emocionales característicos de la población en condición psiquiátrica, como lo sugiere el cuarto objetivo específico. Por lo que, se construirá un cuerpo de entrevistas en línea con los parámetros fijados y estructurados en las distintas categorías construidas para el análisis de cada una de las entrevistas (*Tabla 2*).

Fase IV: Análisis y caracterización de elementos

La cuarta fase, de análisis y caracterización de elementos, consiste en la aplicación de cada una de las entrevistas a los diferentes profesionales, psicólogos, psiquiatras, educadores especiales, terapeutas y docentes de matemáticas escolares. Luego, se procede a realizar la transcripción de las mismas para poder realizar el análisis; posteriormente se realiza el correspondiente análisis de cada una de las entrevistas para determinar elementos, conceptos, metodologías intervenciones pedagógicas y teoría asociada. Por último, realizar las caracterizaciones correspondientes respondiendo al objetivo principal de este trabajo que es caracterizar elementos y componentes configuradores de una atención e intervención educativa

apropiadas (de acompañamiento en el aprendizaje) con población en condición psiquiátrica a propósito de procesos en/de matemáticas escolares.

Una vez se ha aplicado y analizado las entrevistas se conforma el apartado de análisis y resultados; donde se presenta lo encontrado durante la realización de este tipo trabajo exploratorio, como producto final del mismo.

Justificación del instrumento de investigación

En línea con las consideraciones metodológicas realizadas, en este apartado se desarrolla lo que comprende a la *fase III*, de diseño de instrumentos de investigación; donde se tiene en cuenta la teoría consultada, indagada y analizada, como punto de partida para el diseño de las entrevistas semi-estructuradas dirigidas a profesionales de la salud especializados en población de salud mental, terapeutas, educadores especiales y docentes de matemáticas con experiencia con población en condiciones diferenciales. Por tanto, se construirá un cuerpo de entrevistas en línea con los parámetros fijados y estructurados en las distintas categorías construidas para el análisis (*Tabla 2*).

Las entrevistas son una técnica útil para recopilar datos en la investigación cualitativa. Canales (2006) la define como "la comunicación interpersonal que se establece entre el investigador y el sujeto de la investigación para obtener respuestas verbales a las preguntas planteadas" (p. 163-165). Se argumenta que las entrevistas son más efectivas que los cuestionarios porque obtienen información más completa y profunda, y además brindan la posibilidad de aclarar preguntas en el proceso y asegurar respuestas más útiles. Estas son muy beneficiosas principalmente en las fases de investigación descriptiva y exploratoria y en el diseño de herramientas de recopilación de datos (Díaz, Torruco, Martínez, Varela, 2013). La clasificación más usual de las entrevistas de acuerdo con su planeación corresponde a tres tipos: Entrevistas estructuradas o enfocadas; Entrevistas semi-estructuradas; Entrevistas no

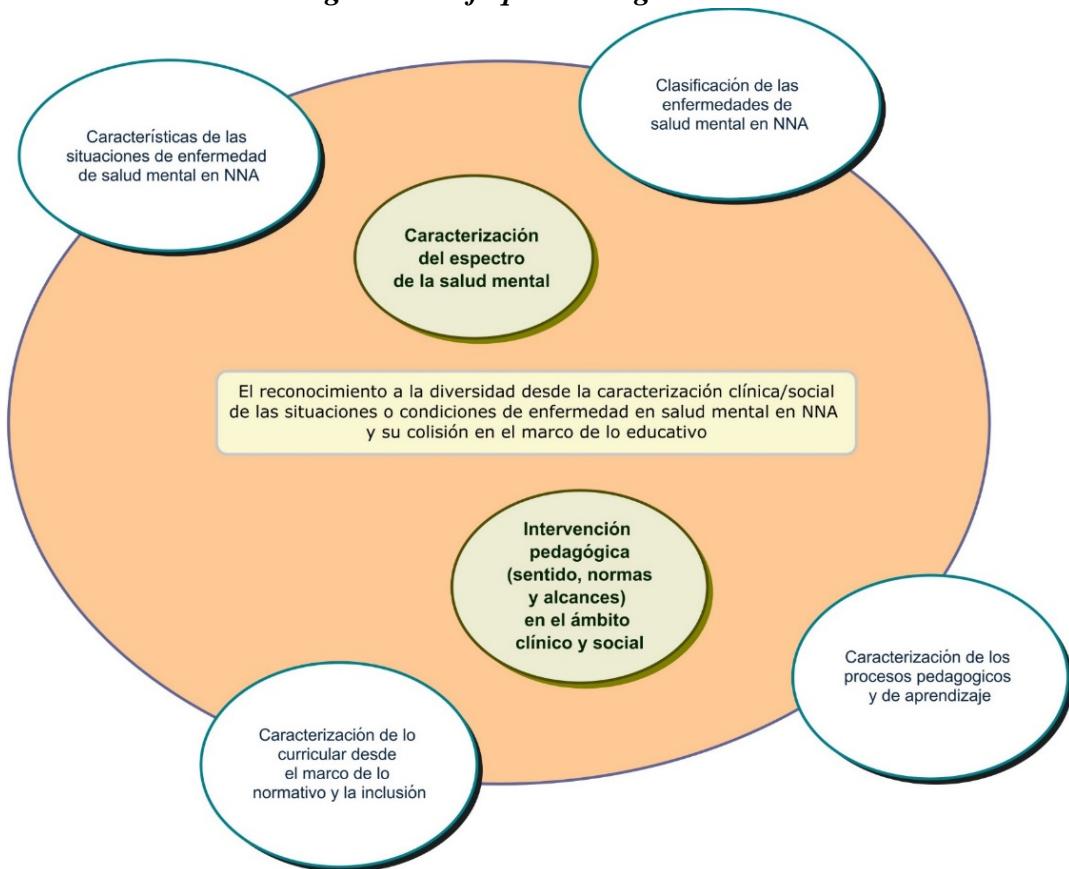
estructuradas. Reconociendo que, por el tipo de investigación, contamos con la semiestructurada como elegida, porque, según Díaz *et al.* (2013), se considera que este tipo de entrevistas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que “[...] se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista [...] de manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario” (Flick, 2007, p. 89-109).

Instrumentos de investigación

Para el caso de planificar los aspectos organizativos, la intencionalidad de cada entrevista, redacción de preguntas guía y convocatoria; se tuvieron en cuenta en torno a el reconocimiento a la diversidad desde la caracterización clínica/social de las situaciones o condiciones de enfermedad en salud mental en NNA y su colisión en el marco de lo educativo, 2 enfoques importantes los cuales fueron base para la construcción de las categorías de análisis (*tabla 2*).

El primer enfoque está asociado a la caracterización del espectro de la salud mental, precisando en, la clasificación de las enfermedades de salud mental en NNA y las características de las situaciones de enfermedad de salud mental en NNA; y el segundo enfoque está asociado a la intervención pedagógica (sentido, normas y alcances) en el ámbito clínico y social, precisando también en, la caracterización de lo curricular desde el marco de lo normativo y la inclusión, y la caracterización de los procesos pedagógicos y de aprendizaje (*figura 7*); a su vez las entrevistas se construyeron a partir de las categorías de análisis presentadas en la *tabla 2*, categorías que fueron construidas con base en cada uno de los enfoques.

Figura 7: Enfoques / categorías



Fuente: Propia. Insumos de las categorías de análisis de las entrevistas (*tabla 3*)

Instrumento 1.

<i>Proyecto Curricular:</i>	<i>Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Matemáticas</i>
<i>Trabajo de grado:</i>	<i>Monografía</i>
<i>Entrevista semi-estructurada N°1</i>	
<p><i>Posibles profesionales entrevistados:</i> E_1. Educador(a) especial y terapeutas.</p> <p><i>Categoría:</i> C_1.: El reconocimiento a la diversidad en el ámbito clínico y la educación inclusiva.</p> <p><i>Subcategorías:</i></p> <p>S1_1. Caracterizaciones Clínicas</p> <p>S1_2. Caracterizaciones Educativas</p> <p><i>Objetivo:</i></p> <p>Está entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas metodologías, modelos de atención, de intervención pedagógico que atiendan población diferencial, centrándonos</p>	

en la discapacidad intelectual como una de las enfermedades psiquiátricas existentes, haciendo énfasis en la educación especial y los procesos de inclusión educativa.

Siguiendo con lo anterior, se procede a realizar las posteriores preguntas:

- Podría compartirnos su perfil, carrera profesional y trayectoria profesional.
- Podría comentar sobre sus experiencias atendiendo población diferencial y los modelos de intervención pedagógica en los que se basa para atender niños, niñas y/o adolescentes con discapacidad intelectual o enfermedades mentales.
- ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población, dependiendo del tipo de discapacidad intelectual o enfermedad mental?
- ¿Qué conocimientos se deberían desarrollar en los estudiantes con discapacidad mental o enfermedad mental?
- ¿Qué áreas o dimensiones potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?
- ¿Qué procesos cognitivos o mentales son característicos de este tipo de población con discapacidad mental?
- ¿Cómo sería el desarrollo de este proceso?
- ¿Qué enseñar y cómo enseñar a los estudiantes con discapacidad intelectual? Dado que la discapacidad intelectual es una enfermedad de tipo psiquiátrico, ¿la forma de enseñar A población con discapacidad intelectual se puede asemejar a la forma en que se puede atender población que presenta otro tipo de enfermedad o trastorno mental?
- ¿Cómo establecer éste tipo de cosas?
- ¿Cuáles son los parámetros, criterios y/o pautas para decidir que debo enseñar y cómo evaluarlo?
- ¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?
- Dado que la discapacidad intelectual es una condición que permite al estudiante permanecer en un aula regular, ¿cómo considera que debería atenderse aquella población que no tiene la posibilidad de encontrarse en la educación formal, por temas asociados a la hospitalización?
- ¿Qué deben aprender?
- ¿Qué se les debería enseñar?

Instrumento 2

<i>Proyecto Curricular:</i>	<i>Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Matemáticas</i>
<i>Trabajo de grado:</i>	<i>Monografía</i>
<i>Entrevista semi-estructurada N°2</i>	
<i>Posibles profesionales entrevistados:</i> E_2. Educador o educadora en el ámbito de las AH. <i>Categoría:</i> C_2. Intervenciones pedagógicas en AH.	

Subcategorías:

- S1_1. Caracterizaciones Clínicas
- S1_2. Caracterizaciones Educativas

Objetivo:

Esta entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas metodologías, modelos de atención, de intervención pedagógico que atiendan población diferencial específicamente los que padecen algún tipo de enfermedad, o bien sea en el caso de los que padecen enfermedades o trastornos psiquiátricos.

Siguiendo con lo anterior, se procede a realizar las posteriores preguntas:

- Podría compartirnos su perfil, carrera profesional y trayectoria profesional.
- Podría comentar sobre sus experiencias en las AH atendiendo población diferencial
- ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población, dependiendo de la enfermedad?
- ¿Qué conocimientos se deberían desarrollar en los estudiantes-pacientes que se encuentran en condición de algún tipo de enfermedad, o bien los que tienen enfermedades o trastornos mentales?
- ¿Qué áreas o dimensiones potencian habilidades en los estudiantes-pacientes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas o síntomas que se presentan?
- ¿Qué procesos cognitivos o mentales son característicos de este tipo de población diversa en condición de enfermedad mental o trastorno mental y se puede atender desde las matemáticas escolares? ¿Cómo sería el desarrollo de este proceso?
- ¿Qué enseñar de matemáticas escolares y cómo enseñar a los estudiantes-pacientes en condición de enfermedad, pero se encuentran desescolarizados?
- ¿Cuáles son los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debo enseñar y cómo evaluarlo?

Instrumento 3

<i>Proyecto Curricular:</i>	<i>Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Matemáticas</i>
<i>Trabajo de grado:</i>	<i>Monografía</i>
<i>Entrevista semi-estructurada N°3</i>	
<i>Posibles profesionales entrevistados: E_3. Profesional en trastornos y/o enfermedades psiquiátricas de la salud mental.</i>	
<i>Categoría: C_3. la identificación y categorización del desarrollo de las enfermedades y/o trastornos mentales en estudiantes/pacientes.</i>	
<i>Subcategorías:</i>	
S1_1. Caracterizaciones Clínicas	

S1_2. Caracterizaciones Educativas

Objetivo:

Esta entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas enfermedades o trastorno mentales catalogadas por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) que afectan directamente a los niños, niñas y/o adolescentes y cuáles son sus procesos característicos respecto de su funcionamiento y tratamiento.

Siguiendo con lo anterior, se procede a realizar las posteriores preguntas:

- Podría compartirnos su perfil, carrera profesional y trayectoria profesional.
- ¿Cuáles enfermedades o trastornos mentales son más comunes que se presenten a temprana edad en niños, niñas y/o adolescentes?
 - ¿Cuál es la forma en que se identifican esos trastornos o enfermedades mentales?
 - ¿Cómo se evidencia?
 - ¿Existen algunos estudios para identificar estos trastornos o enfermedades?
 - ¿Cuál es el tipo de diagnóstico?
 - ¿La identificación de los trastornos varían dependiendo de la edad?
 - ¿Cuáles de las enfermedades y trastornos mentales son permanentes, temporales (cuáles lapsos cortos y cuáles lapsos largos) aproximación de la duración?
- ¿Cuáles de los trastornos mencionados exigen que el paciente sea internado y cuáles trastornos permite que el niño, niña y/o adolescente tenga la posibilidad de continuar con su vida cotidiana, normalidad y su proceso escolar?
- ¿Qué conocimientos se deberían desarrollar en los estudiantes con discapacidad mental y/o enfermedad mental?
- ¿Debe considerarse un marco particular para el trabajo escolar con estudiantes/ pacientes en condición de enfermedad psiquiátrica?
 - ¿Para quienes?
 - ¿Qué dimensiones o áreas deberían trabajarse en los estudiantes- pacientes, que puedan atender sus síntomas, problemas y además potenciar habilidades?
 - ¿Cómo hacerlo?
 - ¿Qué condiciones requiere un profesor para atender adecuadamente a estudiantes en las condiciones particulares dentro de la escuela?
 - ¿Debe considerarse procesos de formación, en lo escolar, para pacientes en condición de enfermedad psiquiátrica hospitalizados?
- ¿Cuándo si y cuando no?

Instrumento 4

<i>Proyecto Curricular:</i>	<i>Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Matemáticas</i>
<i>Trabajo de grado:</i>	<i>Monografía</i>

Entrevista semi-estructurada N°4

Posibles profesionales entrevistados: E_4. Educadores matemáticos.

Categoría: C_1 y C_2.: El reconocimiento a la diversidad en el ámbito clínico y la educación inclusiva y la intervención pedagógica

Subcategorías:

S1_1. Caracterizaciones Clínicas

S1_2. Caracterizaciones Educativas

Objetivo:

Está entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas metodologías, modelos de atención, de intervención pedagógico que atiendan población diferencial, centrándonos en la discapacidad intelectual como una de las enfermedades psiquiátricas existentes y otros tipos de enfermedades de salud mental, haciendo énfasis en la educación especial y los procesos de inclusión educativa.

Siguiendo con lo anterior, se procede a realizar las posteriores preguntas:

- Podría compartirnos su perfil y trayectoria profesional.
- ¿Cuándo escuchas la frase “salud mental” con qué la relacionas desde tu labor y cómo ha sido tu experiencia frente a ello?
- ¿Has tenido acercamientos a estudiantes y/o colegas que se puedan catalogar en el marco de situaciones de salud mental?
- ¿Qué características encuentras en este tipo de situaciones y/o condiciones particulares?
- ¿Con qué frecuencia se ha encontrado con este tipo de situaciones? ¿Ha recibido acompañamiento formativo para el manejo óptimo de estas?
- ¿Posee las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se pueden observar, desde su rol docente?
- Ante la existencia de compromisos cognitivos (moderados y profundos) ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población? ¿En qué casos?
- ¿En qué cambia el diseño, la gestión y la planeación en matemáticas, en los casos que ha abordado?
- Desde su experiencia ¿Se debería abordar los conocimientos regulares -plan de área preestablecido- en los estudiantes con discapacidad o enfermedades mentales?
- ¿Qué procesos de las matemáticas escolares potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?

¿Cómo podría ser (o ha sido) el desarrollo de este proceso, cuando lo gestiona en el aula?

- ¿Cuáles han sido los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debe enseñar y cómo evaluarlo, en poblaciones como las mencionadas?
- ¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?

Categorías de análisis de entrevistas

Para analizar la información obtenida durante la grabación de las entrevistas y su transcripción correspondiente, ha sido necesario plantear categorías de análisis, para cada una de las entrevistas, que permitan categorizar y caracterizar los descrito por cada uno de los entrevistados desde su quehacer como profesional, de tal manera que sea posible evidenciar las diferentes perspectivas, puntos de enfoque, líneas de trabajo; y las distintas intervenciones pedagógicas y clínicas encontradas para el análisis y las conclusiones. A continuación, se presentan, relacionadas en una tabla, las categorías de análisis correspondientes a cada entrevista, así como sus subcategorías derivadas de acuerdo con los diferentes profesionales. Las categorías fueron planteadas con base en los aspectos, elementos y conceptos encontrados en el análisis de la bibliografía y otros aspectos pensados en pro de lo que se quiere construir.

Tabla 2

Categorías de análisis

Criterios	Categorías	Subcategorías	Indicadores
El reconocimiento a la diversidad desde la caracterización clínica/social de las situaciones o condiciones de enfermedad en salud mental en NNA y su colisión en el marco de lo educativo	C1_Caracterización del espectro de la salud mental	1.1_Clasificación de las enfermedades de salud mental en NNA	I1.1.1_Caracterizan las enfermedades de salud mental que se presentan comúnmente y con mayor frecuencia en los NNA. 1.2_Características de las situaciones de enfermedad de salud mental en NNA

**C2_Intervención
pedagógica (sentido, normas
y alcances) en el ámbito
clínico y social**

**2.1_Caracterización
de lo curricular desde el
marco de lo normativo y la
inclusión**

I2.1.1_Identificación de elementos a enseñar y cómo se debería enseñar las distintas áreas del conocimiento a NNA en situación de enfermedad de salud mental.

I2.1.2_Identificación de parámetros, criterios y/o pautas que deciden que se debe enseñar y cómo se debe evaluar a este tipo de población en situación de enfermedad de salud mental.

I2.1.3_Reconocimiento de las bases normativas (legales) y pedagógicas que permiten atender este tipo de población diversa.

**2.2_ Caracterización
de los procesos pedagógicos y
de aprendizaje.**

I2.2.1_Identificación de conocimientos a desarrollar en NNA en situación de enfermedad de salud mental (tipologías reconocidas en escenarios diversos)

I2.2.2_Reconocimiento y explicitación de procesos de aprendizaje en NNA en situación de enfermedad de salud mental, según sus condiciones particulares.

I2.2.3_Reconocimiento de formas y metodologías a implementar para la enseñanza de este tipo de población diferencial en situación de enfermedad de salud mental, desde la inclusión.

I2.2.4_Caracterización de formas de atención pedagógicas y educativas, en NNA en condición de enfermedad de salud mental que se encuentran desescolarizados.

I2.2.5_Visibilización de modelos de intervención pedagógicos implementados en la atención de NNA en situación de enfermedad mental, según el tipo de aula, sea regular u hospitalaria, en diversas estancias.

Capítulo 4

Análisis y resultados

Para este apartado de análisis y resultados, se especificará la forma en que se aplicaron cada una de las 4 entrevistas en las 12 personas que permitieron ser entrevistadas y aportaron a este trabajo de investigación. Dado que son 4 entrevistas, era necesario identificar la entrevista más apropiada para cada uno de los 12 profesionales desde el campo de acción, carrera profesional y experiencia laboral. En ese sentido, en línea con el enfoque y el perfil profesional de cada persona que participó, en el anexo 2, la tabla muestra el instrumento seleccionado por entrevistado y el perfil de estos últimos. Resultado de ello se tienen las siguientes consideraciones¹.

Análisis desde el campo clínico y educativo

Considerando lo expuesto en las categorías: la primera, enfocada a la caracterización del espectro de la salud mental y la segunda, enfocada a la intervención pedagógica (sentido, normas y alcances) en el ámbito clínico y social, que en su constructo permita el reconocimiento a la diversidad desde la caracterización clínica/social de las situaciones o condiciones de enfermedad en salud mental en NNA y su encuentro en el marco de lo educativo. El análisis ha logrado encontrar lo siguiente:

Caracterización del espectro de la salud mental

Cuando se habla de trastornos mentales específicamente en los NNA, se debe tener en cuenta que se manifiestan y varían según la edad (I1.1.1). Desde su prevalencia e incidencia se afirma que, en los primeros años de vida, los trastornos mentales más frecuentes son aquellos

¹ Las transcripciones de las 12 entrevistas realizadas se encuentran en el anexo 3.

relacionados con alteraciones del neurodesarrollo como: los retrasos en el desarrollo, trastornos generalizados del desarrollo, el autismo, y trastornos del lenguaje. En la etapa preescolar, surgen: los trastornos de la conducta y aparecen los trastornos por ansiedad de separación; en la etapa escolar, aparecen aquellos que son más evidentes por los problemas en el desempeño académico como: los trastornos del aprendizaje, retrasos mentales, y perturbación de la actividad y la atención (TDAH). Los trastornos de la conducta siguen siendo frecuentes, y aparecen los trastornos afectivos, como los trastornos depresivos y, en menor medida, los trastornos afectivos bipolares, y los trastornos de ansiedad, como las fobias específicas, fobias sociales, y trastorno de ansiedad generalizada.

Llegando la transición a la adolescencia, es frecuente ver entre los trastornos mentales la aparición de los trastornos de alimentación. También, aumentan en frecuencia los trastornos afectivos, como: la depresión y el trastorno afectivo bipolar, y suelen presentarse otros problemas conductuales como: las conductas auto lesivas (cutting). Es frecuente que en esta etapa de la adolescencia se inicie el consumo de sustancias psicoactivas. Y, hacia el final de la adolescencia y a inicios de la vida adulta, aparecen los trastornos psicóticos como: la Esquizofrenia. Con lo anterior a grandes rasgos.

Para el caso del retraso mental, está catalogado como la única discapacidad que existe dentro de los trastornos de salud mental, ya que está definida como: una alteración del deterioro cognitivo del coeficiente intelectual. En los casos del síndrome de Down, las parálisis cerebrales u otro tipo de afectaciones no son enfermedades mentales, pues una enfermedad mental se define como: una alteración comportamental y emocional del sujeto.

Estos trastornos mentales están asociados a enfermedades de tipo neurológico, genético, endocrinológico, etc. Las enfermedades asociadas a la depresión, las enfermedades asociadas a la ansiedad, a los trastornos de conducta alimentaria, son trastornos de orden

exógeno, es decir, que son desencadenadas por situaciones del ambiente que ponen al niño en una condición de riesgo, en una condición vulnerable, y que, bajo una condición de tratamiento especializado, responden adecuadamente al tratamiento, (vs) a las endógenas que las patologías siempre van a estar presentes.

La presentación clínica de los trastornos varía a medida que el desarrollo neurológico, cognitivo, psicológico, afectivo, y social de los NNA avanza, y es diferente en su presentación en la que se ha observado en adultos. Es por este motivo, que existen profesionales de la salud especializados en hacer la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales de niños, niñas, y adolescentes.

Los síntomas, patrones y formas en las que se manifiestan cada una de las enfermedades de salud mental en NNA y su relación con el número de presencia e iteración de los trastornos mentales (I1.1.2), las identifican: los padres, los docentes, o los profesionales de salud quienes se encuentran en el proceso de crecimiento y desarrollo. En los patrones y síntomas se puede evidenciar que, el NNA no exhibe el nivel de desarrollo esperado para la edad, exhibe cambios inesperados en su comportamiento o conductas que no son esperadas para su edad o nivel de desarrollo, presenta síntomas afectivos y conductuales de manera prolongada que interfieren con su funcionamiento social, escolar o familiar, incurre en conductas de riesgo para su integridad física o la de otros, exhibe síntomas de ansiedad sin un factor desencadenante aparente o de manera excesiva frente al estímulo que la causó, o presenta problemas de aprendizaje o de socialización con otros NNA.

Por ejemplo, en el autismo, hay una ausencia total del lenguaje, no hay un establecimiento de relaciones sociales, relaciones afectivas, es decir, que hay una serie de logros del desarrollo que se esperan en los niños y evidentemente no están presentes. Ya en los casos como, en los cuadros de ansiedad o los trastornos afectivos, generalmente los cambios se

observan en cuanto al escenario escolar, como: el bajo rendimiento, el aislamiento social; con una presencia alta de autolesiones no suicidas, etc.

En cuanto a reconocer las condiciones físicas, conductuales, temporales y de hospitalización de cada uno de este tipo de enfermedades y trastornos de salud mental (I1.2.1). Se requeriría una revisión de cada una de las patologías para señalar cuáles son de períodos crónicos, cuáles agudos y cuáles intermedios; así como cuáles son episódicos o cuáles son permanentes. También, algunos trastornos pueden considerarse agudos en un momento, pero, pueden volverse crónicos por diferentes motivos, por ejemplo, sino se cuenta con un tratamiento adecuado.

Los diagnósticos en sí no son un elemento para definir la hospitalización en una unidad de salud mental de un NNA (I1.2.2), aunque todas las enfermedades mentales tienen la condición de generar un proceso de hospitalización siempre cuando la sintomatología se agudice. Se puede recurrir a esta modalidad de tratamiento en casos en los cuales exista riesgo para la integridad física o mental o la vida del NNA o de un tercero a causa de los síntomas de la enfermedad mental. Sin embargo, la hospitalización no se limita a este tipo de casos. Ahora, la hospitalización en una institución de estancia prolongada por meses o años no se recomienda.

Adicionalmente, tener en cuenta que los procesos de estigmatización son la causa en la mayoría de los casos del trastorno mental y a su vez implicar que se genere una discapacidad psicosocial en el sujeto. En ese sentido, desde las enfermedades mentales conocidas, como la depresión, la esquizofrenia, se tiene que, este tipo de enfermedad puede producir una discapacidad psicosocial. Lo psicosocial es transversal, se puede tener en el aula una persona sorda que también tenga una condición de discapacidad psicosocial, o cualquier otra discapacidad sea, sensorial, física o mental.

Muchas personas que tienen experiencias en salud mental, que tengan vivencias en salud mental consumen muchos medicamentos (I1.2.3), estos medicamentos psiquiátricos tienen un impacto muy grande a nivel de la atención, a nivel de la concentración y a nivel de otras funciones mentales superiores importantes, de comportamiento, de interpretación del mundo, de relacionamiento, y de la interacción que tiene la persona con sus características y el entorno. En el caso de un proceso de esquizofrenia, no se deben generar procesos que incrementen niveles de estrés sino por el contrario encontrar actividades que puedan regular un nivel de gratificación para que este estudiante pueda desempeñarse de una manera mucho más funcional con un proceso de contacto con la realidad.

Las enfermedades en salud mental, son enfermedades que tienen que tratarse, que debe haber un proceso de tratamiento y seguimiento de la enfermedad, también, existen diagnósticos mucho más severos. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que este tipo de población es muy demandante, la frustración la tienen muy latente, por lo que es importante manejar los límites que se presentan. En el trabajo de las AH de la clínica en salud mental, se tiene que tener cuenta que, al ser medicados, no se les puede hacer una clase de 3 o 4 horas constante, hay que hacer unas pautas las cuales permiten descansar dado que el medicamento ocasiona unas alteraciones diferentes en cada paciente. Y para el caso de estos estudiantes que se encuentran temporadas largas en AH, los procesos son mucho más formales, incluyendo procesos de matriculación para la continuidad de sus procesos académicos.

Los colegios, independiente del nivel socioeconómico debiesen tener una infraestructura curricular epistemológica que sustente como el escenario escolar y académico, apunta a que la salud mental de la comunidad se mantenga. Se deberían tener escenarios donde se aprenda, donde les enseñen a los niños en extensión con la casa, con la familia, el manejo de las emociones; dado que, eso es lo que pasa con el niño, el niño se abruma ante la emoción

y cuando el niño se abruma ante la emoción la única manera que tiene para drenar lo que le está pasando, es intentar suicidarse.

Cuando el docente es capaz de acompañar desde la rutina la dificultad, es distinto; porque el niño no pierde la línea escolarizada. Enseñar la matemática que realmente está pensada en una competencia estratégica para aprender a resolver problemas y pensamiento crítico, cómo el docente ayuda a resolver su problema interno, no como psicoterapeuta, pero, cómo la habilidad matemática de resolver una operación, pueden llevar a entender como esas operaciones mentales.

Para la atención de casos específicos, se recomienda que la institución educativa tenga una ruta de atención en salud mental, donde se especifique claramente a las personas encargadas, los procedimientos a realizar, y las estrategias generales para abordar este tipo de situaciones. El deber del personal del colegio no es brindar tratamiento, sino brindar apoyo, hacer el enlace con la familia y, si es necesario, con las instituciones y profesionales de salud mental de la comunidad, y hacer el seguimiento de que el NNA reciba la atención adecuada y oportuna. Dependiendo de cada caso, el colegio se puede determinar si es necesario realizar adaptaciones curriculares o brindar apoyo psicopedagógico.

Los programas escolares de promoción de la salud mental deben enfocarse en el desarrollo de habilidades básicas de escucha, empatía, actos de compasión hacia otros, promoción del bienestar, motivación, atención al autocuidado, y, sobre todo, reconocimiento de cuándo pedir ayuda. Se debe promover una filosofía en pro de la salud mental que permea todos los niveles de la institución, desde directivos y docentes, hasta estudiantes y padres de familia.

Entonces, lo que se debe proponer en el colegio es una categoría en salud mental. El niño comprenderá todo lo que se le enseñe, mientras cognitivamente tenga la habilidad. El plan

debe estar enfocado a, traer parte de su mundo externo a su mundo interno, no que sea diferenciador; porque, si se tiene el caso del paciente que tiene retardo, la educadora especial debe acompañar a la luz del PIAR como construir el plan de asignatura dirigido para ese estudiante. Pero, para el niño que tiene una condición de vulnerabilidad mental, que es en lo emocional y lo comportamental el niño funciona desde su normalidad, lo que debería pasar es, poder tener el escenario escolar, en el hospital.

Intervención pedagógica (sentido, normas y alcances) en el ámbito clínico y social

La salud mental genera muchos más compromisos, muchos más retos, lidiar con la salud mental trasciende más a problemas de aprendizaje, trasciende más a otro tipo de diagnósticos médicos. Para los NNA, es importante la continuidad de los procesos académicos, lectura, escritura, trabajar todos esos procesos que ayudan a formar a ese estudiante/paciente, enfocados en actividades para la vida, desarrollar ciertas competencias que les permitan llevar una mejor calidad de vida generándoles desafíos. En ese sentido, se afirma que, en los estudiantes se deberían desarrollar todos los temas (I2.1.1), todos los contenidos, por igual; no debe haber discriminación, ahí no se debe excluir. El asunto está en ver donde requiere más apoyo para que comprenda los contenidos, los desarrolle y los cumpla, independiente de sus talentos o habilidades afines, pero sí que esté en igualdad de condiciones que los demás.

Con esos elementos, es posible tener las herramientas técnicas necesarias para identificar una persona con diagnóstico en salud mental. Por lo que, se podría generar una estrategia de intervención pedagógica para mejorar procesos cognitivos dentro de la clínica. Asumiendo que, la estrategia o la modalidad pedagógica específica no existe, debe construirse, en el caso de los chicos que tienen alguna condición en salud mental particular. Pero, es importante aclarar que un profesor que tiene un estudiante con un compromiso cognitivo, no toma las decisiones solo, siendo esa la razón por la que existe un equipo de inclusión: una

educadora especial, donde es a esa persona que se le muestre lo que hay y las posibles rutas de aprendizaje, y saber qué es lo que debería alcanzar el estudiante de acuerdo a los objetivos planteados.

El tratamiento pedagógico para ese tipo de población con una condición en salud mental o neurotípicos se tiene que ver de una manera integral (I2.1.2), porque no solamente es lo educativo o el proceso clínico, sino que es un conjunto donde interviene el ambiente, la familia, el entorno, etc. Entonces, ¿cómo desde mi quehacer como profesor de matemáticas yo hago una intervención que me facilite la inclusión, que mejore los procesos de atención, de concentración, de memoria, de interpretación del mundo? Desde esa particularidad es que se debe desarrollar ese plan académico de flexibilización garantizando la inclusión.

En ese proceso de reconocimiento de referentes que permiten atender este tipo de población, se encuentra; el decreto 1421 (I2.1.3), el que habla acerca del PIAR, del plan de ajuste razonables. Donde una de las premisas de ese decreto es, mirar al estudiante de una manera autónoma e independiente, donde pueden existir estudiantes con un diagnóstico parecido, pero, se va a presentar de una manera distinta porque sus procesos de atención son diferentes, porque su proceso ontogenético fue distinto, porque su ambiente es distinto. Etc.

En el alcance del PIAR, se afirma que, los estudiantes se lleven todos los contenidos, pero, hay contenidos que pueden ser muy conflictivos para la persona, puede generarle estrés, depresión, puede agudizar su condición mental por la presión que puede generar el contenido. Siempre se dice “educación para todos, todos para todos, todo es para todo, porque ‘todo’ es la inclusión”, pero, no todo el mundo lo logra, no todo el mundo lo alcanza. Y, lo que permite hacer el ajuste razonable es, calificarlo de una manera distinta, no excluir, “no es que, se le excluye de un logro porque él no puede”, se transforma el logro para él a través de los dispositivos básicos de aprendizaje. El trabajo del ajuste razonable es el acumulado de, una

pedagoga especial, o una terapeuta ocupacional, al lado de una fonoaudióloga, si se tiene una enfermedad de tipo mental, debe estar presente una psicóloga para que oriente desde el comportamiento.

Es por eso, que, en relación con lo anterior, desde el campo terapéutico se manejan y se introducen los dispositivos básicos de aprendizaje (I2.2.1). Los cuales logran generar varios aspectos, que pueden ser la base del aprendizaje, que son la atención, la concentración, la memoria, la sensopercepción y la motivación. El dispositivo básico de la sensopercepción, tiene que ver con todo el proceso corporal y orgánico, que necesita el ser para poder adquirir el aprendizaje, ahí en la sensopercepción se tiene que saber cuál es la respuesta y cuál es esa condición. Se pueden tener diagnósticos distintos, pero, es posible a todos manejarles los dispositivos básicos de aprendizaje, aunque de una manera diferente.

Los dispositivos básicos de aprendizaje son una base. Pero también, si el diagnóstico es de tipo mental, como una esquizofrenia o una bipolaridad, aparte de estimularles los dispositivos básicos de aprendizaje, es necesario trabajar en las funciones ejecutivas que tiene que ver con el siguiente nivel de los dispositivos básicos de aprendizaje, que son: la organización, la supervisión y la planeación. Se afirma que, es importante generar procesos sensoriales, porque la base sensorial es el punto de partida para poder estimular un aprendizaje significativo. Por ejemplo, en el área de matemáticas que es un proceso mucho más concreto, se tendría que trabajar desde la base sensorial (I2.2.2), que es trabajar desde los sentidos, el tacto, el gusto, el olfato, la visión, la audición, y otros como el vestibular y propioceptivo

Para poder generar un proceso de inclusión, se busca siempre, la interpretación médica, pero, es indispensable poder identificar habilidades (I2.1.1). El diagnóstico ofrece unas características, pero, no definen al estudiante en condición de enfermedad de salud mental. Entonces, las características me van a dar una guía de, a qué el docente se va a enfrentar con

ese estudiante o con esa persona. Pero, cuando se identifican sus habilidades será más fácil hacer un ajuste razonable o plantear la actividad de una forma que pueda ayudar al estudiante que tiene una condición de enfermedad mental. Saber cuál es la habilidad que el estudiante tiene, cuál es el canal sensorial por donde el aprendizaje entra mucho más eficaz. Cuando se tienen diagnósticos que presentan bajas habilidades ellos requieren una estimulación constante, porque es posible que lo que se estimule en un momento determinado, no sea constante o se haya olvidado.

Muchas condiciones independientemente de que se tenga una misma condición particular no se presenta igual en todas las personas. No es posible afirmar que, una persona con diagnóstico en salud mental tiene un modelo de atención específico, porque es que no existe una persona con depresión igual a otra persona con depresión, o una persona con bipolaridad igual a otra persona con bipolaridad. Esa es la complejidad en salud mental, todos los casos son distintos, a diferencia de otros tipos de discapacidad o enfermedad. En caso de encontrarse en estado de hospitalización (I2.2.5), es evidente que, la ausencia de una intervención educativa en el ámbito hospitalario, hay una intervención básicamente de terapia ocupacional, en donde se hacen algunas actividades orientadas a prevenir el deterioro cognitivo. Pero, frente a esa condición de pacientes que están hospitalizados, que tienen un diagnóstico, que tienen un seguimiento clínico, es ideal que tengan ese proceso de acompañamiento educativo, porque no se le deben vulnerar los derechos.

Para los docentes que han trabajado en el ámbito hospitalario, el trabajo se ha hecho desde; la dimensión comunicativa, las artes, y otros conocimientos transversales, desarrollo de proyectos, etc. Adicionalmente, manejan diversos momentos en los cuales ellos son participes, investigan, consultan, juegan, hacen entrevistas. También, trabajan todas las áreas a través del desarrollo de distintos proyectos basados en los intereses y las motivaciones de cada estudiante.

Entonces, es partir del sujeto, es decir, de la persona, que, de acuerdo a su diagnóstico, qué tan comprometido este, tendrá que hacer ciertas funciones o ciertas interacciones con otras personas con otros pacientes y qué de las matemáticas básicas hay, que permitan comunicarnos con el entorno.

En muchas ocasiones la salud mental tiene algunas barreras que pueden ser actitudinales, que pueden ser del ser, de su condición o su situación de enfermedad y que no le permite hacer esas interacciones. Si esas personas tienen la posibilidad de hacer unas interacciones sociales pues debería tener unos conocimientos básicos puntualmente de las matemáticas y de otras áreas también que le permitan hacer esos procesos básicos. Y, si su condición o situación de enfermedad no se lo permite se tendría que plantear otro tipo de cosas, hacer otro tipo de ajuste, adaptarse a su motivación y a sus intereses. Pero, además, qué de esos ejes temáticos serán funcionales para ellos o no, porque los estándares de competencias en matemáticas están pensados para un aula regular; es importante partir desde el sujeto, como: niño, niña o joven que tiene cierta edad, pero que además su vida cambió radicalmente a causa de una enfermedad catastrófica y que fue algo inesperado, evidentemente cambió su rutina, su forma de vida, su lugar de residencia, que ahora es la clínica de forma temporal o permanente y esto genera ciertas ansiedades.

Entonces, para un estudiante de salud mental que tiene comprometida su parte cognitiva, no le va a ser muy útil, quien es el que exige esos ejes temáticos, debe ser algo que se hace entre el paciente y el docente, ¿cómo?, no hay respuesta alguna. Pero, dentro de la metodología (I2.2.3), si se deben tener en cuenta un lenguaje muy sencillo, generar un diálogo, buscar que encuentren en su entorno inmediato cosas prácticas, no solamente que se queden en discurso, ser flexible; no solamente flexibilización curricular, de tiempos en entregas de

trabajos, sino la forma en cómo se entrega la información, cómo se entregan los contenidos, contar con un equipo interdisciplinar que guíe el proceso de acuerdo al tipo de condición.

En salud mental, los espacios de desescolarización son tan prolongados que se espera que el proceso no sea riguroso porque los cansa y se manifiesten actitudes de frustración. Algunos de ellos son matriculados porque los papás están interesados, entregan papeles, siguen estudiando desde el hospital, siendo el docente quien direccione ese proceso con ayuda del grupo interdisciplinar. En ese sentido, en el MOH (Modelo de la Ocupación Humana), se encuentra el encausamiento personal (I2.2.4), que es el que guía. Si se tiene el caso de un chico, de 17 años, que está desescolarizado, el equipo debe plantear cuál es el encausamiento personal de él y podérselo preguntar a él; para realizar el proceso de atención adecuado con el estudiante/paciente.

Para la situación en la que los colegios no los apoyaron, se hace el proceso de matriculación al colegio de origen, colegio referente de las AH y a partir de ahí se hace todo el proceso educativo bajo el currículo del colegio distrital. Estos procesos que suelen pasar cuando el estudiante deja de asistir al aula regular, porque no le brindaron el apoyo, porque vienen de otras ciudades, rompen el lazo con su ciudad de origen, también, los desvinculan o por ingresos salariales, uno de los dos papás se tiene que retirar del trabajo y ya no pueden pagar un privado y se vinculan al colegio oficial. Y, para hacer la matrícula debe estar su tutor legal, en caso contrario es una persona que asigna el bienestar familiar.

Pensando en su participación a nivel social y cuando toda la parte médica considere que ellos se pueden adaptar a la vida va a ser más favorable, sin desconocer las áreas importantes del conocimiento. Ser muy cuidadoso en las actividades educativas, formativas, que se ejecutan con todos los estudiantes, acudir a todo lo que está en el entorno jugar con los ambientes sociales, personales, psicológicos, etc. Todo está dado a partir de llevar todo a nivel transversal.

Dado que, el proceso inicia desde el encuentro con el estudiante, no se puede prefabricar como tal vez en otros escenarios que permiten unos ciertos diagnósticos.

En ese sentido, el aprendizaje basado en proyectos, es una propuesta que es posible flexibilizar curricularmente, ya que los estudiantes en situación de enfermedad requieren de unos rangos horarios muy distintos a los que se está acostumbrado en el aula regular; esto depende de su tratamiento médico. Teniendo en cuenta que, se tiene la opción de flexibilizar el currículo, la flexibilización se hace basada no en las necesidades, sino en lo que puedo potencializar de cada estudiante y siguiendo desde luego los estándares básicos de competencia del MEN y los DBA. Estas intervenciones deben ser de manera lúdica sin dejar de lado, los ejes temáticos de cada área del conocimiento y se cuenta, en la mayoría de encuentros, con la compañía de papá, mamá o cuidador; que también se involucran en ese proceso pedagógico. Es un trabajo articulado especialmente con pediatría, psiquiatría, psicología, educador especial, terapeuta, con la familia. El equipo interdisciplinario encargado debe tener una caracterización del estudiante/paciente; por ejemplo, de qué colegio son, en qué grado están, con quién viven, como la parte social y detalles de la parte socio afectiva, cómo es el temperamento del niño o de la niña y qué estrategias emplear con cada uno.

Basado en lo anterior generar un plan de trabajo, teniendo en cuenta, cuántos días va a estar hospitalizado el educando. Es importante hablar con los profesionales que están a cargo del paciente, preguntarle si tiene algunas restricciones, como de movilidad, de la parte cognitiva, de comportamiento, algo que afecte los procesos educativos del estudiante. Para hacer esa adaptación; los papás y las mamás cuidadores también juegan un papel importante porque ellos son los que están con el paciente en la hospitalización y en la vida cotidiana. Se debe conocer previamente para mirar de ahí lo que se puede extraer y cómo presentar esa

información; donde juega un papel importante el DUA, diseño universidad para el aprendizaje, y a partir de ahí hacer el ajuste razonable.

Normalmente, en el proceso de hacer un ajuste razonable, el primer ajuste que se hace es en términos de tiempo, dado que el estudiante no va a tener la misma dedicación horaria semanal que la tenía en su aula regular. Luego, una caracterización, para saber el estudiante en qué grado está, qué edad tiene, cuál es su diagnóstico, con quién vive, ver si el estudiante está matriculado o no, si es necesario desvincularlo a su colegio, tal como se mencionó anteriormente. En esa línea, comunicarse con el colegio que proporcionará los ejes temáticos, lo que hay que trabajar con el estudiante, pueden proporcionar las actividades o solamente los ejes temáticos. Si dan las actividades, seleccionar las actividades que son realizables en el tiempo, pero, además, que van a cumplir con lo mínimo que pide el colegio, convirtiéndose en una educación personalizada; una educación personalizada, que está basada en los intereses y motivaciones de los estudiantes.

Por otro lado, respecto a la evaluación, la evaluación tiene muchas formas, se evalúa el proceso educativo, desde el interactuar, cuando él hace algún ejercicio, cuando él escribe, cuando realiza una operación, etc.; y que evaluar su proceso académico depende de su proceso de hospitalización y estadía. Si bien ahí están todas las definiciones de qué es un ajuste razonable, qué es un PIAR, es decir, ahí está como todo lo normativo. Pero, si se lleva a la práctica, un estudiante que, si está comprometido cognitivamente, sea leve, sea moderado o sea crítico, no es posible enseñar de la misma forma como se les enseña a los estudiantes regulares, que no tienen ningún compromiso cognitivo.

Para ir concluyendo, en el proceso de reconocer las habilidades que se pueden potenciar y las dificultades que se pueden atender, se entiende que, es el objetivo final de todo proceso terapéutico, se espera que el NNA pueda tener un funcionamiento adecuado en todos los

aspectos de su vida (escolar, familiar y social), teniendo en cuenta su nivel de desarrollo y sus capacidades. Dependiendo del grado de discapacidad y de las capacidades que sí posee cada NNA, se debe estructurar un plan de tratamiento y educativo con expectativas realistas y que se pueda adaptar a los avances logrados durante el proceso. Las enfermedades mentales de por sí, muchas no representan una discapacidad, por lo que se espera que adquieran o, por lo menos, que tengan la misma capacidad de adquirir los mismos conocimientos que los otros niños.

Ahora, no es necesario realizar procesos de formación escolar específicos, ya que las hospitalizaciones suelen tener una duración promedio de 2-4 semanas. Si se refiere a NNA que viven internados en una institución, por ejemplo, como medida de protección del ICBF, es importante mencionar que, en la actualidad, el solo diagnóstico de enfermedad mental no es criterio para implementar una medida de internación prolongada. Dado el caso de que el NNA se encuentre internado, independientemente de que tenga una enfermedad mental o no, debe tener acceso a la educación y, si requiere que se realicen adaptaciones a nivel curricular, estas se deben realizar de manera oportuna.

Es indispensable el desarrollo de hábitos y autocuidado. Hoy en día, definitivamente el proceso académico debe estar dirigido a, el desarrollo de competencias personales y así mismo una discusión profunda sobre que el proceso de escolarización deje de ser aversivo. Establecer un plan de desarrollo académico que se ajuste a las necesidades cognitivas del niño y a las cualidades, y a las competencias, que, de hecho, se llaman las competencias blandas, porque no se aprenden, sino que vienen con la persona.

Sin embargo, el rol de los docentes dentro de este proceso incluye el poder hablar de la salud mental. Implementar estrategias para introducir temas de salud mental en las clases, y motivar a los estudiantes a cuidar de su propia salud mental, así como a detectar cuando pueden estar en riesgo y cómo pueden buscar ayuda. Se les debe enseñar a implementar hábitos

positivos en su vida cotidiana, como estrategias para el manejo del estrés y la resolución de conflictos, y promover el contacto social y la motivación a través de actividades que estimulen el bienestar físico y la curiosidad intelectual.

Por otro lado, es importante resaltar que, la psicología clínica no tiene una intervención particular a la discapacidad intelectual, realmente es un trabajo que corresponde a la pedagogía y que corresponde a modelos de terapia ocupacional. Un niño con autismo no puede tener un proceso de escolarización normal, un niño con retardo mental no puede tener un proceso de inclusión en términos escolares igual, porque su capacidad cognitiva es inferior y un niño con TDAH que no tiene ninguna afectación a nivel de coeficiente intelectual si debe estar en un encuentro personalizado con muy pocos niños, porque al haber esta problemática en términos del control de los impulsos, en términos del manejo atencional, debe haber una disminución importante de los estímulos que se encuentran a su alrededor. Cuando se habla de un niño con un diagnóstico de retardo o retraso mental, de esta discapacidad cognitiva, o la inteligencia límitrofe, que es el borde line entre tener una inteligencia normal y una inteligencia con retraso, se pretende y se espera que evidentemente el educador este dirigido a que la educación sea especializada.

Entonces, de acuerdo a la clasificación de retardo que tenga el niño leve, moderado, profundo o grave, su adquisición a nivel de aprendizaje va a estar asociada a la posibilidad de lo que él vaya aprendiendo en la medida en lo que el niño va avanzando. El que tiene mejor pronóstico es el retardo leve, los estudios han demostrado que con un acompañamiento especializado puede llegar a terminar el bachillerato y hacer algunas actividades, no de orden universitaria, profesionalizantes, pero si algunos técnicos; en el retardo moderado difícilmente llegan a superar primaria y en el escenario de lo grave y profundo, es imposible. En ese sentido, los expertos afirman que, hablar de una escolarización pensada para pacientes psiquiátricos, es

una estigmatización y es discriminación, la educación debe ser una. Pero, debe ser distinta para una discapacidad mental que es distinta de una enfermedad mental.

Análisis desde el aula y las matemáticas escolares

En el proceso de reconocer condiciones asociadas a la salud mental en el campo educativo, en el aula regular, en las clases de matemáticas o en otro tipo de aula, se encuentra desde la experiencia de los profesionales de la educación y las matemáticas escolares, que: hablar de salud mental implica, hablar de aquellos estudiantes que tienen algún tipo de diagnóstico, algún manejo desde psiquiatría, desde psicología, que se encuentran medicados, que se relaciona en cuanto a cómo se siente el estudiante, como está frente a las decisiones que debe tomar en todos los aspectos de su vida, que tienen dificultades de aprendizaje, que tienen dificultades en el desarrollo mental, que tiene que ver con las capacidades cognitivas que tiene alguna persona para resolver algún proceso matemático, en cuanto a realizar interpretación, comprensión, que dentro de sus funciones normales, tienen que estar todos los días haciendo diferentes tipos de actividades que conectan no solamente los aspectos cognitivos sino los relacionados con su parte física, es decir, la salud mental, está relacionada, no solo con la parte cognitiva, sino con el desarrollo físico, emocional que pueda tener una persona.

Para un profesor, hablar de salud mental implica una consideración por el otro, la importancia de que un niño se encuentre saludable tanto física como mentalmente para que pueda adquirir el conocimiento. La existencia de una circunstancia, sea cual sea, que le impide estar saludable, implica la ausencia de aprendizaje. Entender que la salud mental lleva a cuidarse, y hacer de esto algo prioritario, algo imperativo. Casi no se habla de salud mental, por el mismo desconocimiento. Pero, aunque exista ese desconocimiento, si se presentan casos asociados a enfermedades diagnosticas en salud mental en los estudiantes. De los casos

específicos comentados dentro de las experiencias de los profesores de matemáticas, se encuentran los mencionados a continuación:

- ❖ El caso de un estudiante de grado décimo, un chico que, desde su aspecto físico y su comportamiento, evidencia ser un muchacho rebelde, que no le gusta que le pongan límites, entra en conflicto con aquellas personas que lo hacen, un chico con bastantes problemáticas relacionadas con su forma de reaccionar, sí se le llama la atención, tiende a responder, tiende a ser altanero.
- ❖ El caso de un estudiante de grado noveno, tiene déficit de atención, también, tiene una afectación relacionada a la desmotivación, no le está dando sentido a la vida, eso hace que en su tema de querer hacer algo, no haya una energía, no hay una motivación para que el estudiante realice sus tareas, haciendo que disminuya su proceso. Además, tiene problemas de ansiedad, diagnosticado.
- ❖ El caso de un estudiante que adquirió problemas mentales debido a que tuvo una situación difícil que le causó un choque, dado que vio cómo su mejor amiga caía del tercer piso y murió frente a él. Desarrolló problemas como de arrancarse las pestañas, las cejas, hablar constantemente de suicidio. También, se le dificultaban ciertos temas porque estaba pensando en otras cosas. Actualmente continua con el mismo problema.
- ❖ El caso de una niña con problemas en el desarrollo del lenguaje, los padres trataron de ayudarla, el colegio hizo proceso de inclusión, y de tener en cuenta el proceso de desarrollo, el nivel de desempeño de la estudiante. Pero, la niña tenía problemas cognitivos de nacimiento, escribía como hablaba, ella alcanzó a estar en el colegio hasta grado octavo, y la mamá la trasladó a un colegio de educación especial, en un instituto. Actualmente, continúa con los mismos problemas.

- ❖ El caso de un estudiante que tenía esquizofrenia, su nivel de esquizofrenia era leve, estaba en sus inicios, se tornaba violento, empezaba a recrear en sus narraciones o en las primeras comunicaciones que tenía con los profesores, escenarios que solamente existían en la mente de ese estudiante, cuando fue diagnosticado formalmente fue retirado de la institución.

Y otros casos como, alguna discapacidad en la parte de salud mental, por enfermedad física o mental, como síndrome de down, estudiantes hipoacúsicos o que han tenido algún retraso mental leve, causados por mala nutrición o causas asociadas, chicos con autismo, con necesidades educativas especiales, asperger, diagnosticados con depresión, bipolaridad, etc. Casos donde no se ahonda sobre eso, simplemente es el diagnóstico.

De acuerdo a cada uno de los casos que se han presentado, dependiendo de su diagnóstico y particularidad, estas son algunas características asociadas a las situaciones de enfermedades de salud mental; cómo: las acciones relacionadas con la ansiedad, las actitudes altaneras de síndrome oposicional defensivo, el estado anímico es inestable, en ocasiones esta supremamente alegre, en otros momentos supremamente bajoneados, muchas ocasiones surgen por la medicación que ellos tienen, normalmente esas medicaciones tienden a doparlos, tranquilizarlos, se ven cabizbajos, quietos, callados, o en otras ocasiones, están demasiado hiperactivos, eufóricos.

Otras formas en que se puede caracterizar, es con situaciones donde los niños sufren de estrés, donde los niños no pueden acoplarse a la situación social de sus compañeros, o no pueden convivir en grupos; también, que sufren de depresión, que lloran mucho, que son irritables, tienden a aislarse, no les gusta mostrarse, no les gusta participar. Pero, en el caso del autismo leve, presentan el típico chico problema, el chico que responde mal, siempre está buscando problemas, el chico que está peleando con los compañeros, o el chico que quiere

buscar atención de alguna manera. Y algunas de sus causas, están relacionadas con, violencia intrafamiliar, abuso sexual, acoso sexual por parte de familiares, por parte de personas cercanas al núcleo familiar, y, además, pueden mostrar en su cuerpo signos de violencia o maltrato, etc.

Como afirman los profesores de matemáticas, es bastante la frecuencia con que se presentan estos casos de estudiantes con un diagnóstico en salud mental, replanteándose, sí dentro de su experiencia como docentes cuentan o han contado con un acompañamiento formativo para atender este tipo de población, no en la atención con población diferencial sino con población específicamente con diagnóstico en salud mental. En ese sentido, el entrevistado #7, comentaba que, en su colegio, hay un programa especializado que se llama “Pies”, encargado particularmente de estudiantes que tienen ciertas características. Es un programa aparte que se incluye dentro del colegio y trabaja con chicos que tienen autismo, con síndromes, con déficit; que ya son muy marcados, y que los docentes no saben cómo atenderlos. El programa “Pies”, genera charlas sobre el manejo de estudiantes; pero, no ha sido en términos formales, no cuenta con una certificación.

Por otro lado, hubo docentes que afirmaban que, si han recibido apoyo, pero, ha sido muy poco. En los casos en los que se encuentran con este tipo de diagnóstico, usualmente, el colegio desde orientación informa el diagnóstico del estudiante, como tratarlo; pero, es muy “pobre” ese acompañamiento, como mencionaban los docentes, es como “si te dieran consejos de lo que hay que hacer”, y se termina improvisando con la intención de saber si realmente funciona o no. Por ejemplo, en el caso de una niña que cuando era bebe tuvo una fiebre demasiado alta, perdió una parte neuronal, y no solo su parte cognitiva sino el movimiento de algunos dedos, lo que implicaba que tenía que trabajar diferente, se veían los mismos temas que con los demás estudiantes; pero, a un nivel mínimo, se le exigía lo mínimo del conocimiento y se le tenía que dedicar tiempo en las tardes. El acompañamiento para atender

esta estudiante fue desde psicología, fonoaudiología, con la intención de que la estudiante finalizará el curso.

Entonces, casi que implica ir aprendiendo sobre la marcha. Definitivamente, el acompañamiento más importante, para algunos docentes, es precisamente la experiencia que llevan en los colegios donde han trabajado, porque los colegios tienden a tener esas características, donde incluye este tipo de estudiante. En lo que respecta, el día a día es él que ha generado que se adquieran ciertas herramientas, la lectura que se haga de diferentes documentos que le permitan al docente poder enfrentarse y poder manejar a estudiantes con ese tipo de diagnóstico. Afirmando que sí debería haber un acompañamiento formativo, debería haber instituciones con ese tipo de personas para que puedan trabajar con ellas, asumiendo que el tipo de necesidades de su aprendizaje son totalmente diferentes.

Debido precisamente a esa experiencia adquirida con los años, es que algunos de los docentes aseguran que poseen las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se presentan con este tipo de diagnóstico en salud mental. Por ejemplo, el trabajo con este tipo de población implica en algunas ocasiones que se haga un proceso personalizado lo que permite que se pueda realizar un mayor seguimiento a cada uno de los estudiantes, el trabajo que hacen los docentes día a día también permite identificar su proceso de aprendizaje relacionados con la participación, en cómo entrega las actividades, en cómo aborda las actividades, en cómo es su comportamiento, en cómo se expresan, en cómo escriben, en cómo se sienten, si responde de una manera agresiva, si está con desanimo, si no es la misma persona que habitualmente es, si tiene bajo rendimiento, que se repriman, que tapen algunas partes de su cuerpo. Y también, esas herramientas están asociadas a lo que se pueda consumir desde, las redes sociales, televisión, internet, u otros profesionales. Otros profesores aseguran que no poseen las herramientas. De repente, se ven

situaciones similares en los estudiantes, se pueden tener ciertos indicios, pero, herramientas como tal que se diga “este chico tiene tal condición” y “se puede tratar de cierta manera”, no.

Ahora, si se habla específicamente de los diagnósticos en salud mental, ¿cómo es el trabajo con los estudiantes que debido a su diagnóstico le implica una afectación directa a la parte cognitiva? En ese sentido, es importante conocer las formas de atención empleadas por algunos docentes para el caso de tener un estudiante con este tipo de diagnóstico. Siguiendo con lo anterior, algunas metodologías implementadas por los profesores entrevistados estaban asociadas a: según el diagnóstico, establecer una flexibilización en términos del currículo, en términos de lo que ellos deben ver según los temas, en términos de lo que ellos deben entregar según las actividades y de lo que ellos tienen que evidenciar según sus procesos.

En el caso del estudiante de grado décimo, se le podía exigir como un estudiante del aula regular, pero, en el momento de calificar o de evaluar se entra a revisar su proceso de aprendizaje. Él es un chico que está medicado desde psiquiatría y está en proceso con psicología. Además de su diagnóstico, sus procesos de aprendizaje son mucho más lentos, eso hace que se frustre bastante. Y, en lo metodológico, si el estudiante normalmente tiene dificultades en matemáticas y lenguaje, por ejemplo: de las 5 actividades que se le propone hace 2, y da cuenta de esas situaciones de forma completa, se le pone una nota de 3,7, que es la nota mínima con que el colegio trabaja, evaluando por “mínimos” en su escala de desempeños y de valoración. Existe otro caso más puntual, un estudiante de grado 11, tiene autismo, llega a un punto donde su nivel de cognición no avanza, el proceso con él también es desde lo mínimo, donde lo mínimo es, “escribió del tablero”, ya con eso se evalúa porque no puede dar más. Actualmente, no está logrando escribir.

Otras formas metodológicas, son: trabajar aparte con ellos, dedicarles un tiempo extra, ser más gráfico, más ilustraciones, imágenes, que los ayude a entender mejor lo que uno quiere

enseñarles. Y casos puntuales, por ejemplo, de la niña que tuvo fiebre, que tuvo está perdida de neuronas, su memoria era a corto plazo, ella entendía lo que se le explicaba en el momento, pero, a la hora, ya se le había olvidado. Entonces, con esta estudiante el aprendizaje era por medio del juego; por ejemplo, en el caso de enseñarle a dividir, “tocaba tomar cada cifra, y ponerle un nombre”, encerrarlo en una gráfica, en un color diferente, para que identificará unidades con unidades, y decenas con decenas, no decirle, “cuanto cabe tanto”, sino decirle “si este número baila con este” entonces, cuanto le falta y buscar en las tablas de multiplicar, debía ser una metodología más lúdica.

Lo que hace visible al docente el requerimiento de más tiempo, de un tiempo adicional. Como aseguran los docentes, es importante hacerlo para realizar un proceso de inclusión. Pero, toca dar cuenta de, si uno está con ellos debe dejar de lado al grupo; si se está con el grupo, tiene que dejar de lado a ellos. En este aspecto, es mirar que debe existir una historia clínica donde se evidencie que tipo de condición tiene la persona y con esa historia clínica empezar a mirar que estrategias pedagógicas, y didácticas, se deben tener para trabajar en clase y, asimismo, guiar las estrategias de enseñanza y aprendizaje.

Para el caso de una estudiante de grado sexto, que estuvo hospitalizada en clínica psiquiátrica, su proceso tiende a ser más lento, al terminar el año lo más probable es que no haya terminado sus actividades curriculares. Entonces, ¿qué hacen los docentes y colegios en estos casos?, se les da el plazo, a ese proceso se le denomina “proceso abierto” pues a medida que van entregando, que va dando cuenta de sus procesos, se va cerrando el trimestre o lo que se necesite para el cierre del año escolar.

Entonces, en términos del currículo, en términos del diseño de actividades, en términos de esa parte académica específicamente, y de los cambios en el diseño, en la gestión y en la planeación, algunos docentes aseguran que, no se plantean actividades distintas para no generar

procesos de segregación. Pero, a medida de sus resultados, de los procesos, es desde la evaluación que se hace el ajuste, en evaluar sobre mínimos, cada profesor tiene su criterio para evaluar al estudiante, cada profesor define desde esa parte académica qué y cómo debe entregar el estudiante. Sin embargo, no hay una indicación específica de, “los docentes deben planear tal cosa” la idea radica en seguir el currículo con los estudiantes, pero, más lento, al ritmo de ellos.

Otros docentes aseguran que cambia en su totalidad; porque no solamente debe ser desde la clase, sino desde el desarrollo curricular, desde los planes de contenidos, desde como yo abordo como institución un modelo pedagógico acorde al modelo institucional, acorde al plan de estudios, acorde a los estándares. También, debe haber instituciones que puedan abordar ese tipo de diagnósticos, no se puede ingresar un estudiante en una escuela normal y que ninguna de las personas esté preparada para eso, tiene que haber un seguimiento mayor, tiene que haber una mayor planificación, tiene que haber unas estrategias didácticas diferentes a las que se aborda normalmente con niños con los que tienen todas las capacidades cognitivas.

Es decir, que en la mayoría de los casos es desde los conocimientos regulares -plan de área preestablecido, el currículo regular, que se abordan los procesos de enseñanza, pero, flexibilizado de acuerdo con la particularidad. Por ejemplo, en el caso de otra estudiante, ella fue desescolarizada por una situación económica de sus padres y también, por la afectación en su parte emocional. La atención frente a este caso, fue desde un apoyo extracurricular, es decir, profesores particulares que van al colegio, y en esas materias donde hay mayor dificultad los profesores son los que se encargan de trabajar con ellos de forma personalizada. En este caso de la estudiante, se le dan los contenidos, el profesor decide si aborda todos los contenidos o si le da prioridad a los que considere que son de mayor relevancia, pero, la idea es que los aborde todos de acuerdo a la malla curricular, diferenciando los ritmos de aprendizaje. Entonces, más

que para algunos docentes sea apropiado o no sea apropiado, les ha funcionado que se mantenga el mismo currículo que abordan los estudiantes del aula regular.

Pero, en otros casos de docentes con más poca experticia en el trabajo con este tipo de población diagnosticada en salud mental los lleva a documentarme, buscar asesoría y una vez se logre reconocer el contexto del estudiante poder hacer modificaciones, modificaciones necesarias para garantizar el derecho a la educación de la persona que está en condición de salud mental. Otros aseguran que no pueden ser los mismos planes, o el mismo diseño curricular que uno pueda abordar, porque precisamente si tiene alguna enfermedad de salud mental, hay que trabajar al ritmo del estudiante y de acuerdo a las estrategias que se tienen planteadas, de acuerdo a las condiciones, no solamente clínica, sino también con las condiciones en las que se ha venido trabajando, cómo le han trabajado en años anteriores y como está actualmente, para saber cuál es el plan de área acorde a ese estudiante. Por otro lado, termina siendo una dualidad, porque si se habla en términos de inclusión, para el docente sería una recarga de trabajo, tendría que hacer una planeación para los niños regulares, y otra parcelación para los niños que tiene estas dificultades o diagnósticos.

Y cuando se habla específicamente de las matemáticas escolares y los procesos en matemáticas, afirman algunos docentes que es relativo al estudiante por las características de cada uno de ellos. Por ejemplo, si el estudiante tiene mayor habilidad en la parte de razonamiento y argumentación, entonces, de alguna manera se enfoca y se fortalece esa parte. Cuando hay evidencia que el estudiante tiene más habilidad en un proceso matemático que en el otro, puede ser que “es muy bueno en el proceso de modelación”, pero, no en la parte algorítmica o procedimental, los procesos de enseñanza parten desde ahí, pero, si se le facilita “el voleo de lápiz” o algoritmo, se hace énfasis en esa parte. También, las prácticas en el aula, según algunos docentes, debe enfocarse en que los estudiantes tengan la capacidad de

identificar errores en el abordaje de situaciones que se les presentan. Normalmente, este tipo de estudiantes con diagnóstico tienden a tener mucha dificultad en lo algorítmico, y aunque no es explícito, no está en el papel, “la forma en cómo desde las matemáticas abordarlo”, o “qué actividades sean particularizadas”, el currículo se mantiene.

Para ir concluyendo este análisis acerca de las experiencias de los profesores de matemáticas escolares con estudiantes en situación y/o condición de salud mental, es importante concretar en términos evaluativos, los parámetros, criterios y/o pautas que les han permitido a los docentes decidir qué enseñar, cómo enseñar y cómo sería ese proceso. A partir de ahí, algunos docentes toman como referencia al MEN, los estándares básicos de competencias en matemáticas y los derechos básicos de aprendizaje. Un docente ponía de ejemplo, en el trabajo con los “números decimales”, ¿qué se necesita que el estudiante entienda? “¿que el número decimal está formado por dos partes?”, o “¿que haga aproximaciones?”, “él no va a necesitar aproximaciones, sino enterarse y relacionarlo con la vida”. En últimas sería, dirigirse a qué necesita saber el estudiante con ese diagnóstico, mirar la historia clínica, luego los procesos que ha venido desarrollando desde su infancia, qué contenidos ha logrado desarrollar, y a su vez reconocer que el tipo de evaluación debería ser más cualitativa que cuantitativa en relación con el desarrollo de habilidades que puedan obtener frente a ciertos procesos.

Otro caso en particular, es el de un estudiante con retraso mental que tenía que estar con los estudiantes que tenían su misma edad, o estar en el grado que por su edad era el correcto, es decir, por su desarrollo fisiológico era un estudiante que estaba en grado cuarto, pero, su desarrollo cognitivo era similar al de un estudiante de grado segundo. El estudiante contaba con una terapeuta que lo acompañaba en sus procesos académicos, sus actividades estaban relacionados a las sumas y restas, mientras que sus demás compañeros se encontraban en sus

procesos regulares. Entonces, los procesos evaluativos en este caso estaban asociados al nivel de cognición del estudiante según el tipo de retraso mental, pero, su contexto social se acomodaba de acuerdo a su forma física y no cognitiva. Para agregar, otros parámetros evaluativos que ya se habían mencionado durante el análisis eran los relacionados a la evaluación por “mínimos”.

Normalmente, cuando se ahonda más sobre esas bases que se toman como referencia para guiar los procesos pedagógicos y conocer lo que legalmente está constituido, lo que aparece en primera instancia es lo relacionado a población diferencial o población con NEES, más no población diagnosticada en salud mental. Como mencionaba el entrevistado#10, sus prácticas profesionales estaban relacionadas con población sorda, es evidente que si, existen unos parámetros pedagógicos diferentes dentro del mismo diseño curricular que son propios para poder atender ese tipo de población. Pero, aunque es legal que haya inclusión dentro de las instituciones y que es posible el recibimiento de cualquier tipo de niño, también, está la inquietud de, ¿existe la capacidad para atenderlos de acuerdo con esas necesidades? Claramente, en el caso de la población sorda existen instituciones como el INSOR que pone unas bases pedagógicas para que el profesor pueda implementarlas y trabajarlas, y que se pueda atender ese tipo de población pero, ¿existe para la población en situación de salud mental?

Usualmente, si se habla desde la parte legal a los estudiantes no se les puede negar la educación o apartar de alguna manera. Lo que si se está intentando en los colegios es tratar que ellos tengan un proceso aparte, pero ahí está el dilema, el hecho de decir que, “todos deben ser evaluados igualmente” o decir, “las mismas clases o el mismo conocimiento se debe impartir para todos, aunque algunos tengan ciertos diagnósticos”, no es posible, porque los estudiantes con estas dificultades cognitivas no van a estar al nivel de los demás, eso de incluirlos porque si o ¿bajo qué criterios? Se sabe que hay que incluir una ruta para ellos, pero, ¿cuál ruta? y en

la parte pedagógica es más lo que se pueda leer o se pueda averiguar de estos estudiantes y aun así es insuficiente, porque según la parte médica son diferentes casos, y cada caso debe tener un tratamiento específico. Es el dilema de “no saber cómo trabajar con ellos. Reiterando, son tantos los vacíos, es tanto el desconocimiento en este tipo de cosas que resulta concentrándose en la población regular y desconociendo los procesos legales, los procesos curriculares, los procesos evaluativos, las cuestiones pedagógicas que se deben tener para atender a los estudiantes con una situación de salud mental.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación se ha dedicado a, tal cual como lo plantea el objetivo, 'caracterizar elementos y componentes configuradores de una atención e intervención educativa apropiadas (de acompañamiento en el aprendizaje) con población diferencial, en enclave con condición de salud mental, a propósito de procesos en/de matemáticas escolares'. En ese recorrido, se ha realizado la tarea de identificar atributos de los escenarios en los que coexisten procesos matemáticos escolares y condiciones asociadas a la salud mental y sus diversas expresiones, incluyendo la variable psiquiátrica. Como lo es, el caso de reconocer procesos y condiciones caracterizadoras de esta población en entornos escolares; analizar componentes curriculares en relación con las matemáticas desde la perspectiva de los procesos y; relacionar elementos de las matemáticas escolares y formas de atención e intervención educativa a partir de procesos cognitivos y emocionales característicos de la población.

- En este recorrido, se han relacionado las siguientes conclusiones en relación con variables inscritas en los escenarios de AH:

Fue a partir de las enriquecedoras prácticas educativas que surgió esta problemática de investigación con la intención de darle cierre, no un cierre definitivo sino uno que este abierto a próximas investigaciones en torno a este tipo de población en situación de salud mental, y cómo desde las matemáticas escolares atender su proceso académico, pedagógico, social y formativo. La identificación de escenarios desatendidos en AH, permitió concluir que era necesario reconocer sus condiciones particulares y pensar en unas formas de atención que sean específicos de acuerdo con sus procesos cognitivos y de desarrollo.

Además, el rastreo bibliográfico y la construcción del estado del arte, mostró en términos históricos, epistemológicos, pedagógicos, académicos, metodológicos, didácticos, hospitalarios y médicos; una esquematización globalizada debido a las consultas nacionales e

internacionales acerca de la salud mental y sus modelos de intervención pedagógica desde el ámbito de lo clínico, concluyendo que desde allí se encuentran muy pocos aspectos asociados a un diseño curricular que particularice las condiciones emocionales, comportamentales y cognitivas de cada uno de los diagnósticos; pues, se sostiene que existe una flexibilización del currículo formal y algunas estrategias pedagógicas que guían las prácticas para atender población diferencial, pero, no específicamente las asociadas a las enfermedades de salud mental.

Concluyendo contundentemente que existe diversidad dentro de la diversidad, aun cuando estos desarrollos no han logrado permear la actividad docente y clarificar elementos de estas condiciones en este escenario. Particularmente, existe un avance importante en el marco de diferencia entre condiciones y situaciones asociadas a la salud, no así frente a condiciones ligadas al espectro de la salud mental.

- En relación con variables caracterizadoras de la población, en enclave con situación de salud mental, en entornos escolares:

Frente a este punto, fue necesario caracterizar ciertos aspectos relacionados con el ámbito clínico propios de cada diagnóstico y desde el ámbito de lo educativo. En concordancia con ello, las entrevistas permitieron concluir que, en un primer momento, para hablar de población en situación y/o condición de enfermedad en salud mental es necesario reconocer qué diagnósticos existen al respecto y cuáles son esas condiciones características.

En línea, desde el ámbito clínico, se visibiliza la existencia de diagnósticos específicos que se desarrollan en NNA, según su edad, según su estado de desarrollo neuronal, según causas que pueden surgir de ciertas situaciones y afectaban la parte comportamental, como otras relacionadas al retraso mental que afecta la parte cognitiva de los estudiantes. Aspectos de caracterización que se han de llevar al ámbito escolar.

Es decir, desde el tipo de afectaciones del diagnóstico, es posible concluir que, para hablar de las formas de atención diferencial en el espectro escolar, se hace necesario diferenciar y formar sobre dimensiones del aspecto comportamental que no es lo mismo que cuando se presentaba un compromiso de función cognitiva, o una afectación en ambos aspectos. Lo cual reafirma que, la estrategia o la modalidad pedagógica específica no existe, debe construirse.

La anterior diferenciación, que armoniza aspectos clínicos y escolares, requiere un proceso formativo en el marco de formación inicial o continuada de los profesores. Ello, en tanto es vital diferenciar la causa, el síntoma (y sus comportamientos) y los efectos.

Lo existente, en términos normativos, está relacionado a la atención a población diversa, como la educación a población con NEES, la educación para adultos, la educación campesina y rural, y educación para la rehabilitación social, planteado en la Ley 115. Sin embargo, cuando se habla de la educación a población en condición de enfermedad es contemplar acuerdos basados dentro del enfoque diferencial que existen a nivel distrital más no a nivel nacional.

- En relación con componentes curriculares en relación con las matemáticas escolares, desde la perspectiva de procesos:

Respecto de esta línea, las entrevistas permiten ver como aspecto central, la aparición de los Planes Individuales de Ajustes Razonables (PIAR). Es decir, cómo desde esas condiciones particulares, cómo desde la identificación de las afectaciones, de unas bases curriculares, del acompañamiento de un equipo interdisciplinario y la construcción de un plan de trabajo.

Como conclusión central, estos ajustes centran la mirada en parámetros asociados a la enseñanza y al aprendizaje de las matemáticas escolares que permiten verificar, dadas

características globales, que estas acciones deben basarse en los procesos de pensamiento que se dan en las matemáticas escolares. Procesos que están en armonía con las habilidades y los procesos cognitivos de cada estudiante y con los dispositivos universales de aprendizaje.

Lo anterior, desde una mirada curricular, cambia la perspectiva de partir como organizador curricular, desde los componentes (elementos de pensamientos en matemáticas escolares) y partir desde los procesos, lo que se encamina en el PIAR ideal. Sin embargo, lo encontrado muestra que esta necesidad aún no se ha logrado, pues el ajuste deja por fuera los alcances cognitivos del estudiante y se centra en modificaciones de tipo metodológico, como el tiempo o selección de actividades, más no construcción de actividades basadas en el alcance conceptual del estudiante/paciente. Esto muestra una idea de flexibilización, que no cambia el organizador curricular y, en tal sentido, queda limitado.

No toda condición presenta comportamientos y compromisos iguales, incluso cuando se presenta una misma condición particular no se expresa igual en todas las personas, por lo que los procesos de pensamiento, no de los componentes, son los organizadores para privilegiar para el diseño, la gestión y la evaluación en matemáticas escolares, que considere asocio a condiciones de salud mental estudiadas.

Aun cuando, hay una posición que plantea al profesor como el que tiene que hacer lo que tiene que hacer, se debe generar un equipo interdisciplinario acompañante. Aspecto planteado en el decreto 1421, donde se dice qué es un ajuste razonable, sobre el cómo hacerlo, y, en relación con salud mental, lo que plantea es casi nulo. Aun cuando a los docentes se les presenten estudiantes con algún diagnóstico que tiene ciertas afectaciones, como conclusión unánime entre todos los profesionales que participaron en este trabajo de investigación, es importante reconocer la necesidad de un acompañamiento de un equipo interdisciplinario especializado que logre unificar, los conocimientos, los procesos de aprendizaje y los procesos

en matemáticas que demanda los contenidos y tipos desde las condiciones particulares y los tipos de afectaciones, que permita la construcción de un modelo de intervención pedagógica y metodológica basada en los aspectos clínicos que estén presentes en ese tipo de población.

Y en lo que, dicho anteriormente respecta, es que a su paso van apareciendo en términos educativos una serie de vacíos enunciados por cada uno de los docentes, que en su día a día, se encuentran con población en este tipo de situación y no hay referentes asociados, dejando un amplio desconocimiento frente a los procesos de atención, los procesos de acompañamiento, procesos pedagógicos, los procesos de enseñanza y aprendizaje, llegando al punto que su experticia y desarrollos están basados en el ensayo y error (colindando con improvisación), obligándolos a buscar, leer, indagar, para ir construyendo esas prácticas pedagógicas que evidencian cual es más acorde, más apropiada.

- En relación con elementos de las matemáticas escolares y las formas de atención a partir de procesos cognitivos y emocionales característicos de la población en condiciones de salud mental, identificados en relación con las matemáticas escolares, desde la perspectiva de procesos:

Desde las matemáticas escolares reconocer ¿qué contenidos?, ¿qué actividades?, ¿qué currículo?, ¿qué adaptaciones?, permiten que el estudiante, sin dejar de acceder a su derecho a la educación, continúe con sus estudios y procesos académicos, aunque se encuentre en situación de salud mental. No obstante, el sentido educativo y académico no necesariamente ha de ser el mismo de población regular.

Como se ha mencionado en repetidas ocasiones, para el caso de los docentes de matemáticas en proceso con estudiantes que presentan condiciones de salud mental particular, se encuentra tendencia a abordar su enseñanza (de matemáticas escolares) desde los contenidos y componentes de los Estándares Básicos establecidos por el MEN. Es desde ahí que parten

para hacer sus planeaciones, actividades y diseños, pero, bajo el proceso de flexibilización, lo que indica que siempre que se tenga un estudiante no neurotípico o con algún tipo de afectación, neurológica, mental o psicológica, se debe flexibilizar, se debe hacer modificaciones, pero, ¿a qué se le debe hacer modificaciones? ¿desde dónde parto “yo” como docente de matemáticas para hacer una modificación en términos del currículo o del diseño? ¿cómo hago las adaptaciones si no conozco los procesos cognitivos y comportamentales del estudiante según la condición de su diagnóstico? Son cuestionamientos que indican la necesidad de retomar el campo de los procesos, es desde allí que se ha de pensar en la flexibilización, no en términos de cantidad asociada a los componentes.

En efecto, el currículo formal da unas pautas, en términos de contenidos, de temas, de conceptos, de alcances. Sin embargo, es desde los procesos de pensamiento cognitivos y comportamentales característicos del estudiante basados en su historial clínico que surgen los parámetros o pautas de trabajo ya sea desde sus habilidades o trabajando desde sus dificultades, que permiten saber ¿desde qué procesos de matemáticas escolares trabajar y cómo hacerlo?

Entonces, en términos de conclusión, cuando se plantea ‘todo se le debe enseñar al estudiante’, debemos considerar que, si bien esto es cierto, también lo es el hecho de que ‘ese todo es relativo al todo del propio y particular proceso educativo del estudiante, no del todo prescrito en los referentes curriculares’. Presentar condición asociada a salud mental, dependiendo el espectro, implica cambiar el universo de referencia de diseño, gestión y evaluación de las matemáticas; no se flexibiliza desde el referente sino desde el sujeto y su todo. Aspectos que solo se pueden lograr si se asumen los procesos en lo particular del sujeto de cada sujeto.

En conjunto con todo lo desarrollado, y el trabajo interdisciplinar, desde el campo terapéutico, se tienen unos dispositivos básicos de aprendizaje, un trabajo basado en la parte

sensorial del estudiante, que se puede generalizar para todos los casos de salud mental, que son la atención, la concentración, la memoria, la sensopercepción y motivación, los cuales están directamente relacionados con los procesos de las matemáticas escolares, que son la formulación, tratamiento y resolución de problemas, la modelación, la comunicación, el razonamiento y la formulación, comparación y ejercitación de procedimientos.

¿Cómo se puede articular los dispositivos básicos de aprendizaje con estos procesos de las matemáticas escolares?; nos permite concluir que debemos pensar en ¿cómo el estudiante logra situaciones que abordan experiencias cotidianas de su realidad particular? Lo que nos lleva a simplificar situaciones y seleccionar aspectos relacionados en los referentes como '...maneras de representarlas mentalmente, gestualmente, gráficamente o por medio de símbolos aritméticos o algebraicos, que el estudiante tenga un desarrollo del razonamiento apoyado en los contextos y materiales físicos que le permitan percibir regularidades y relaciones, además, de la construcción y ejecución segura y rápida de procedimientos mecánicos o de rutina, que también está en relación con la memoria'. (MEN, ECBM. 2006).

A partir de ahí ¿cómo particularizar? lo que nos lleva a concluir la existencia de una necesidad de construir estructuras con variables en procesos terapéuticos, como los dispositivos básicos de aprendizaje, los procesos de las matemáticas escolares para trabajar desde las competencias de los estudiantes dados sus procesos cognitivos y de comportamiento, y la caracterización del estudiante desde un diagnóstico y/o historia clínica que identifique los parámetros para un diseño, adaptación y/o modificación pensado para la atención de población en condición de salud mental. No obstante, reconocer otro tipo de condiciones como en el caso de los procesos de hospitalización y desescolarización. Concluyendo así, que aún quedan muchas preguntas sin responder.

Bibliografía

Abreu, J. L. (2012). Hipótesis, Método & Diseño de Investigación. International journal of good conscience. [http://www.spentamexico.org/v7-n2/7\(2\)187-197.pdf](http://www.spentamexico.org/v7-n2/7(2)187-197.pdf)

Acuerdo 453 de 2010. Concejo de Bogotá, D.C.
https://xperta.legis.co/visor/temp_legcol_42a29bee-a940-46dd-bb86-aef9c54e84d7

Albadan, J. (2016). Un análisis crítico sobre consistencias curriculares en los referentes legales-curriculares para las matemáticas escolares y del cómo operan estas políticas educativas en Colombia. Revista Boletín Redipe, 5(11), 56–78. Recuperado a partir de <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/141>

Albadan, J. (2020). Identidad profesional docente como religación entre el pensamiento complejo y el campo educativo. Sophia, colección de Filosofía de la Educación, 29, pp. 127-156. <https://doi.org/10.17163/soph.n29.2020.04>

Albadan, J., Calderón, L., Pico, P., Fonseca, S. y Prada, M. (2020). Aulas Hospitalarias y Matemáticas Escolares: Del estado actual a un diseño curricular particularizante. En Compendio del IV Congreso Internacional de Redlaceh. Ciudad de Panamá. Riquelme y Ferreira. (pp. 320-329)

Alsina, A. y Planas, N. (2010). Matemática Inclusiva. Propuestas para una educación matemática accesible. Narcea, Madrid.

Ángela Montes Asenjo. (2018). El estigma en personas con problemas de salud mental: Efectos en contexto laboral. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39766/TFG-G4038.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ardila, Sara; Stolkiner, Alicia. (2009). Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: Consideraciones metodológicas. El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de la salud mental. ¿Externación o expulsión?, 254. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/72.pdf>

Arredondo Vallejos, T. (2020). Escuelas y Aulas Hospitalarias en Chile. MEN Gobierno de Chile. <https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2020/09/ESCUELAS-Y-AULAS-HOSPITALARIAS-EN-CHILE.pdf>

Barbuscia, P. (2014). La Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional. MEN, Argentina. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL006514.pdf>

Boris, M., Vásquez, L. (2019). Pedagogía hospitalaria, un aporte a la humanización de la salud. (Chile).

Bustos, C & Cornejo, R. (2014). Sentidos del trabajo en docentes de aulas hospitalarias: Las emociones y el presente como pilares del proceso de trabajo. Chile: Universidad de Chile. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/1710/171031011018/>.

Cadavid RojasA. M., & Calderón PalacioI. C. (2009). Análisis del concepto Enseñanza en las teorías curriculares de Lawrence Stenhouse y José Gimeno Sacristán. Revista Educación Y Pedagogía, 16(40), 141-152. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/view/6019>

Calderón, I. y Verde, P. (2020). Reconocer la diversidad. Textos breves e imágenes para transformar miradas. Octaedro, Barcelona.

Camelo, F., Salazar, C. y Mancera, G. (2017). Entre miradas, prácticas y utopías, ¿Insubordinados, subversivos, creativos o responsables? En Escenas de la Insubordinación creativa en las investigaciones en educación matemática en contextos de habla española. Espasandin y Jaramillo. (pp. 69-78).

Canales Cerón M. Metodologías de la investigación social. Santiago: LOM Ediciones; 2006. p. 163-165.

Cano González, Rufino (coord.); García Nieto, Narciso; Parrilla Latas, Ángeles; Paula Pérez, Isabel; Sánchez Manzano, Esteban; Susinos Rada, Teresa. (2003). Intervención educativa en las dificultades cognitivas. Biblioteca nueva.

Castro, C y Torres, E. (2017). La educación matemática inclusiva: una experiencia en la formación de estudiantes para profesor. *Infancias Imágenes*, 16(2), 295-304.

Castro, C. y Salgado, C. (2018). Implementación de recursos didácticos para la enseñanza de las matemáticas, una experiencia en un aula hospitalaria. Serie Investigación. Universidad Sergio Arboleda. Bogotá. <https://bit.ly/2PWD3Q7>

Cazes, Marcela; Amigo, Ayelén; Del Rio, Alberto Ricardo; Pellegrino, Mariela Inés. (2010). Hábitat, Salud Mental y modos de intervención: Representaciones sociales de estudiantes de la carrera de Psicología. Ley de Salud Mental: desafíos a las políticas públicas, a los dispositivos y prácticas del sector., 68. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/48.pdf>

Condición de salud mental. (s. f.). ADCET. Recuperado 12 de diciembre de 2020, de <https://www.adcet.edu.au/inclusive-teaching/specific-disabilities/mental-health-condition>

Corral, Nilda. (2009). Caminos de resolución en tareas de razonamiento. Versiones pragmáticas de reglas teóricas. El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de la salud mental. *¿Externación o expulsión?*, 362. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/72.pdf>

D'Alessio, S. (2011). Inclusive education in Italy: A critical análisis of the policy of integrazione scolastica. Rotterdam: Sense Publishers.

D'Ambrosio, B. S. (2017). La subversión responsable en la constitución del educador matemático. En Escenas de la Insubordinación creativa en las investigaciones en educación matemática en contextos de habla española. Espasandin y Jaramillo. (pp. 17-24).

De Alba, A. (1998). Curriculum: crisis, mito y perspectivas. Argentina: Mino y Davila Editores. García, G. y Romero, J. (2017). A propósito de la reinvenCIÓN de prácticas en educación matemática: posibilidades y límites. En Escenas de la Insubordinación creativa en las investigaciones en educación matemática en contextos de habla española. Espasandin y Jaramillo. (pp. 60-68).

Díaz Barriga, Ángel (2006). El enfoque de competencias en la educación. ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Perfiles Educativos*, XXVIII (111), 7-36. [Fecha de Consulta 28 de febrero de 2021]. ISSN: 0185-2698. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=132/13211102>

Díaz, Torruco, Martínez, Varela, (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162-167. [Fecha de Consulta 18 de Agosto de 2021]. ISSN: 2007-865X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>

Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata Paideia; 2007. p. 89-109.

Garbus, Pamela. (2009). Acceso a la atención en salud de pacientes psiquiátricos externados: Barreras de acceso asociadas al estigma. El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de la salud mental. *¿Externación o expulsión?*, 289. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/72.pdf>

Garcia Mazzieri, Silvia Nélida. (2010). Aproximación psicosocial al concepto de salud mental. Ley de Salud Mental: desafíos a las políticas públicas, a los dispositivos y prácticas del sector., 112. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/48.pdf>

González, J. (S.f). *Tipos y diseños de investigación en los trabajos de grado*. Docplayer. <https://docplayer.es/8991389-Tipos-y-disenos-de-investigacion-en-los-trabajos-de-grado-presentado-por-julio-gonzalez-b-version-preliminar.html>

Icfes (2018). Avancemos hacia un proceso formativo. Marco de Referencia. <https://www.icfes.gov.co/documents/20143/178404/Marco+de+referencia+avancemos-468.pdf/21ef0895-afb6-32bb-d3b8-271c92ac6381>

Inv. (2020, 1 marzo). *¿Qué es una investigación exploratoria y sus características? Técnicas de Investigación*. <https://tecnicasdeinvestigacion.com/investigacion-exploratoria/#>

Jopia, M., Medina, M. (2019). Atención pedagógica para estudiantes con patologías en salud mental. Colegio Hospitalario hospital el pino, fundación Carolina labra Riquelme Santiago, Chile.

Kirsch, Úrsula. (2010). La historia clínica en el informe médico legal psiquiátricos. Criterios psicológicos e indicios de subjetividad en 1948. Ley de Salud Mental: desafíos a las

políticas públicas, a los dispositivos y prácticas del sector., 363.

<https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/48.pdf>

Kollosche, D., Marcone, R., Knigge, M., Godoy, M. y Skovmose, O. (2019). Inclusive Mathematics education: An introduction. En Inclusive Mathematics Education: State-of-the-Art Research from Brazil and Germany. Springer.

Lentini, Ernesto. (2009). Dispositivos institucionales y producción social de la salud mental.

El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de la salud mental.

¿Externación o expulsión?, 123.

<https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/72.pdf>

Lentini, Ernesto. (2010). La producción institucional de la discapacidad mental. Ley de Salud Mental: desafíos a las políticas públicas, a los dispositivos y prácticas del sector., 132.

<https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/48.pdf>

Lentini, Ernesto. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Centro de Día CETEI. (2010). La práctica profesional en el tratamiento institucional de personas con discapacidad mental. Ley de Salud Mental: desafíos a las políticas públicas, a los dispositivos y prácticas del sector., 531.

<https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/48.pdf>

Ley 115 de febrero 8 de 1994 Por la cual se expide la ley general de educación. El congreso de la República de Colombia. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Lezcano Barbero, Fernando (2013). Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente. EDUCAR, 49(2),245-266. [fecha de Consulta 23 de enero de 2021]. ISSN:

0211-819X.

Disponible

en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3421342130841005>

Maldonado Rodríguez, López de Méndez. (2012). El ABC de la Educación Especial, Diferenciada e Inclusiva. <https://www.coursehero.com/file/35599186/El-ABC-de-la-Educaci%C3%B3n-Especial-Diferenciada-e-Inclusivapdf/>

Mardomingo. (2015). Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. <https://www.edittiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499697987.pdf>

Martín, H & Castañeda, J. (2018). Análisis de diseño curricular en matemáticas desde la validación de referentes legales instituidos. Un estudio de caso. Monografía de grado Licenciatura en Matemáticas, UD.

Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. México: Trillas; 1998. p. 65-68.

Martínez Rivera, C., Torres Amado, L., Álvarez Vargas, E., & Sánchez Bonell, D. (2016). El conocimiento profesional de los profesores de ciencias sobre el conocimiento escolar: dos estudios de caso, en aulas vivas y aulas hospitalarias del Distrito Capital de Bogotá. Bogotá, Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Recuperado de

http://die.udistrital.edu.co/search/site/elconocimiento_profesional_de_los_profesores_de_ciencias_sobre_el_conocimientoescolar_dos_estudios_de_caso_en_aulas_vivas_y_aulas_hospitalarias_del_distrito_capital_de_bogota.pdf

Men (1998). Lineamientos curriculares en matemáticas. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-89869_archivo_pdf9.pdf

Men (2006). Estándares básicos de Competencias en Matemáticas.

https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-116042_archivo_pdf2.pdf

Men (2006). Matriz de Referencia en matemáticas.

https://aprende.colombiaaprende.edu.co/ckfinder/userfiles/files/articles-352712_matrix_m.pdf

Men (2010). Sistema Educativo Colombiano - Ministerio de Educación Nacional de Colombia.

[online] Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-231235.html> [Accessed 13 Apr. 2019].

Men (2013). Lineamientos. Política de educación superior inclusiva. Ministerio de Educación

Nacional. <https://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Lineamientos.pdf>

Molina Garuz, M. (2019). Buenas prácticas en Pedagogía Hospitalaria a lo largo de vida.

Universidad de Barcelona (España).

Morales, N. (s.f). Investigación Exploratoria: Tipos, Metodología y Ejemplos.

Oliverio de Jesús Moreno Romero. (s.f). Contexto y aporte de María Montessori a la pedagogía, a la ciencia y a la sociedad de su momento.

<http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/paginaimagenes/PresentacionesyPonencias/Memorias%20Ponencias/Bogota/Pedagogia%20con%20enfasis/Mesa%201%20septiembre%2020/Oliverio%20moreno.pdf>

Pan American Health Organization. (2018). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10, Edición 2015, Vol 1, 2 y 3 (Spanish Edition) (2018 ed.). Pan American Health Organization.

Paredes, M., Bahamondes, C. (2019). Educación y felicidad vs inmunidad y enfermedad.

Polanio. Lorente. (1984). Pasado y futuro de la psicopatología de la educación.

<http://hdl.handle.net/10637/1992>

Redlaceh. (2013). La Pedagogía hospitalaria hoy. Análisis de las políticas, los ámbitos de intervención y la formación de profesionales [Ebook]. Santiago de Chile. Retrieved from https://www.fclr.cl/wp-content/uploads/2020/08/Pedagogia_Hospitalaria_Hoy.pdf

Redlaceh. (2020). Compendio del IV Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria. En IV Congreso Internacional "Pedagogía Hospitalaria: Innovación Educativa, Políticas y Formación de Profesionales". Santiago de Chile. Disponible en: <https://redlaceh.org/portfolio/compendio-del-iv-congreso-internacional-de-pedagogia-hospitalaria-de-redlaceh/>

Reyes Estrada, J. C., López Ramírez, E., & Vizcarra Álvarez, E. (2018). Modelo curricular flexible por competencias en el programa de la licenciatura en ciencias de la educación en la universidad Autónoma de Baja California. Revista Boletín Redipe, 6(11), 43–56. Recuperado a partir de <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/399>

Rumeu, O. (2019). Aulas Hospitalarias en Europa: Conceptualización, evolución y gestión del trabajo docente. Universidad de Navarra (España).

Serradas Fonseca, M. (2017). El Abordaje de la Pedagogía Hospitalaria en el Contexto Venezolano. Venezuela: Universidad Nacional Abierta de Venezuela Centro Local Yaracuy. Recuperado de

https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/136041/1/El_abordaje_de_la_pedagogia_hospitalaria.pdf

Silva Cajahuaranga. (2018). La Teoría de María Montessori y su aporte a los niños con discapacidad intelectual.

<https://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/2975/LuisaSilvamonografia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Torricelli, Flavia; Barcala, Alejandra. (2010). Funcionamiento de un programa de salud mental comunitaria infantil en la ciudad de Buenos Aires: La accesibilidad de un grupo vulnerable a un dispositivo sanitario. Ley de Salud Mental: desafíos a las políticas públicas, a los dispositivos y prácticas del sector., 205.

<https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/48.pdf>

Valero, Paola y García, Gloria (2014). El Currículo de las Matemáticas Escolares y el Gobierno del Sujeto Moderno. *Boletim de Educação Matemática*, 28 (49), 491-515. [Fecha de Consulta 28 de febrero de 2021]. ISSN: 0103-636X. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2912/291231725003>

Anexos

Anexo 1. Clasificación de Trastornos Mentales

Convenciones en las tablas por color.

Afecta a los niños y/o adolescentes	Exigen hospitalización (Se afecta a sí mismo o a los demás)	Atendidas por la Educación especial inclusiva en la aula (características y atención curricular)
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

TRASTORNOS MENTALES				
Psicóticas	Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 - 2018)			
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	Esta sección comprende una variedad de trastornos mentales que se agrupan por tener en común una etiología demostrable de enfermedad cerebral, lesión u otro trauma del cerebro que lleva a una disfunción cerebral . La disfunción puede ser primaria, como ocurre en las enfermedades, lesiones y traumas que afectan directa y selectivamente al cerebro, o secundaria, como en las enfermedades y trastornos sistémicos que atacan múltiples órganos o sistemas del organismo, entre ellos el cerebro.	La demencia	Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores , entre las que se cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio .	° Demencia en la enfermedad de Alzheimer ° Demencia vascular ° Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas ° Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas ° Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física ° Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

Mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	<p>Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben ser utilizados para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.</p>	<p>° Intoxicación aguda: Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración. Embriaguez aguda (en el alcoholismo)</p> <p>° Uso nocivo: Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol)</p> <ul style="list-style-type: none"> ° Síndrome de dependencia ° Estado de abstinencia ° Trastorno psicótico <p>° Síndrome amnésico: Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.</p>
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	<p>En este grupo se han reunido la esquizofrenia en su calidad de integrante más importante del grupo, los trastornos esquizotípicos, los trastornos delirantes persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos equizoaffectivos se mantienen en este grupo, a pesar de que su naturaleza es objeto de controversia.</p>	Esquizofrenia	<p>Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas.</p>
		Trastorno esquizotípico	<p>Trastorno caracterizado por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y del afecto que se asemejan a los observados en la esquizofrenia, aunque en ninguna etapa aparecen anormalidades características y definitivamente esquizofrénicas. Entre sus síntomas puede haber afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico, tendencia al aislamiento social, ideas paranoides o estrañadas que no alcanzan a ser verdaderos delirios, cavilaciones obsesivas, trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción, episodios cuasipsicóticos transitorios ocasionales con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas seudodelirantes, todo lo cual ocurre habitualmente sin mediar provocación externa alguna. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad</p>

		Trastornos delirantes persistentes	<p>Trastorno caracterizado por el desarrollo de un delirio único o de un conjunto de delirios relacionados entre sí, los cuales son habitualmente persistentes y a veces duran toda la vida. El contenido del delirio (o de los delirios) es muy variable. Las alucinaciones auditivas claras y persistentes (voices), los síntomas de esquizofrenia tales como los delirios de control, el aplanamiento marcado del afecto y la evidencia definida de enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, especialmente en pacientes de edad avanzada, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias no excluye este diagnóstico, mientras ellas no sean típicamente esquizofrénicas y mientras constituyan solo una pequeña parte del cuadro clínico general.</p>
		Trastornos esquizoafectivos	<p>Trastornos episódicos en los cuales son importantes tanto los síntomas afectivos como los síntomas esquizofrénicos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo o maníaco. Las otras afecciones, en las cuales los síntomas afectivos se superponen a un mal esquizofrénico preexistente, o bien coexisten o se alternan con trastornos delirantes persistentes de otras clases, se clasifican en F20–F29. Los síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo en los trastornos afectivos no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo</p>
Trastornos del humor [afectivos]	<p>Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del</p>	Episodio maníaco	<p>Todas las subdivisiones de esta categoría deben ser utilizadas solamente para un episodio único. Los episodios hipomaníacos o maníacos que se den en personas que han tenido uno o más episodios afectivos previos (depresivos, hipomaníacos, maníacos o mixtos) deben codificarse como trastorno afectivo bipolar (F31.–).</p>
		Trastorno afectivo bipolar	<p>Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares.</p>

	<p>árbol y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadoras de estrés.</p>	<p>Episodio depresivo</p>	<p>En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.</p>
<p>Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos</p>	<p>Trastornos fóbicos de ansiedad No afecta lo cognitivo o pensamiento matemático</p>		<p>Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión. Para definir si se requieren dos diagnósticos —la ansiedad fóbica y el episodio depresivo— o si solo es necesario uno, hay que basarse en la evolución en el tiempo de las dos afecciones y en las consideraciones terapéuticas en el momento de la consulta.</p>

	Trastorno obsesivo-compulsivo	<p>Sus rasgos fundamentales estriban en la presencia de pensamientos obsesivos, o de actos compulsivos, ambos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos son casi invariablemente angustiantes y el paciente afectado intenta a menudo rechazarlos, sin tener éxito en su empeño. A pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo repugnantes. Los actos compulsivos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados, repetidos una y otra vez. No son intrínsecamente agradables, ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso, objetivamente improbable, a menudo un daño causado a o por el paciente, que este teme que, de otro modo, puede ocurrir. Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, dado lo cual realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos.</p>
	Trastornos disociativos [de conversión] No afecta lo cognitivo o pensamiento matemático	<p>La temática común compartida por los trastornos disociativos y de conversión consiste en una pérdida parcial o total de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad y de las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de trastornos disociativos tienden a remitir después de pocas semanas o meses, especialmente si su comienzo está asociado con un suceso vital traumático. Si el inicio se asocia con problemas insolubles o dificultades interpersonales, pueden desarrollarse trastornos más crónicos, en especial parálisis y anestesias. Anteriormente estos trastornos se clasificaban en diversos tipos de “histeria de conversión”. Se cree que son de origen psicógeno y que se asocian estrechamente con sucesos traumáticos, con problemas insolubles e intolerables o con perturbaciones de las relaciones. A menudo los síntomas representan el concepto que el paciente tiene de las formas de manifestación de una enfermedad física. El examen médico y los estudios no revelan ningún trastorno físico ni neurológico. Además, hay evidencias de que la pérdida de la función es expresión de conflictos o de necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha asociación con el estrés psicológico, y a menudo son de aparición brusca. Están incluidos aquí solo los trastornos de las funciones físicas que se hallan normalmente bajo control voluntario y la pérdida de las sensaciones. Los trastornos que implican dolor y otras sensaciones físicas complejas, mediadas por el sistema nervioso autónomo, se clasifican como trastorno de somatización (F45.0). Debe tenerse en mente siempre la posibilidad de una aparición posterior de trastornos físicos o psiquiátricos graves.</p>

	<p>Trastornos somatomorfos No afecta lo cognitivo o pensamiento matemático</p>	<p>La característica principal es la presentación repetida de síntomas físicos, junto con solicitudes persistentes de exámenes médicos, a pesar de que los hallazgos sean repetidamente negativos y de que los médicos hayan reafirmado que los síntomas no tienen fundamentos físicos. Si es que existen algunos trastornos físicos, estos no llegan a explicar la naturaleza ni la magnitud de los síntomas ni la aflicción y la preocupación del paciente.</p>
<p>Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos</p>	<p>Trastornos de la ingestión de alimentos</p>	<p>Anorexia nerviosa No afecta lo cognitivo o pensamiento matemático</p> <p>Es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica, en el cual se mantiene como idea recurrente y sobrevaluada un temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, por la cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas, y el uso de anorexígenos y de diuréticos.</p>
		<p>Bulimia nerviosa No afecta lo cognitivo o pensamiento matemático</p> <p>Un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperigestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperigestión alimentaria seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años.</p>

	Trastornos no orgánicos del sueño	<p>En muchos casos, un trastorno del sueño es uno de los síntomas de otra afección, tanto física como mental. Si un trastorno del sueño en un paciente dado es una afección independiente o es simplemente uno de los síntomas de una enfermedad clasificada en este capítulo o en otro, se determina con base en su forma y evolución clínicas, así como también tomando en cuenta las consideraciones y prioridades terapéuticas en el momento de la consulta. Por lo general, si el trastorno del sueño es una de las quejas principales y es percibido como una afección en sí, este código debe ser utilizado en conjunto con los demás diagnósticos correspondientes que describen la psicopatología y la fisiopatología implicadas en cada caso. Esta categoría incluye solo aquellos trastornos del sueño en los que se considera que los factores primarios son las causas emocionales y que no se deben a afecciones físicas identificables clasificadas en otra parte.</p>	
Retraso mental	<p>Estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física.</p> <p>Los grados de retraso mental se estiman, de manera convencional, a través de exámenes de inteligencia estandarizados. Estos pueden complementarse con escalas que evalúan la adaptación social en un medio ambiente determinado. Estas mediciones brindan una aproximación al grado de retraso mental. El diagnóstico dependerá, también, de la evaluación general del funcionamiento intelectual realizado por un evaluador calificado. Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar con el tiempo y, aunque sean pobres, pueden mejorarse como resultado del adiestramiento y la rehabilitación. El diagnóstico deberá basarse en los niveles de funcionamiento actuales</p>		
Trastornos del desarrollo psicológico	<p>Los trastornos incluidos en este grupo tienen en común lo siguiente: a) comienzan invariablemente durante la infancia o la niñez; b) hay deterioro o retardo del desarrollo de funciones estrechamente relacionadas</p>	<p>Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje</p>	<p>Son trastornos en los cuales las formas normales de la adquisición del lenguaje se deterioran desde etapas tempranas del desarrollo. Estos estados no son directamente atribuibles a anormalidades neurológicas o de los mecanismos del habla, daños sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje son seguidos a menudo por problemas asociados, como dificultades en la lectura y en la ortografía, anormalidades en las relaciones interpersonales, y trastornos emocionales y de la conducta.</p>

	<p>con la maduración biológica del sistema nervioso central; c) son de curso progresivo, sin remisiones ni recaídas. En la mayoría de los casos las funciones afectadas abarcan al lenguaje, las habilidades viso-espaciales y la coordinación motriz. Por lo común, el retraso o el deterioro se hacen evidentes tan pronto como se los puede detectar en forma confiable y disminuyen progresivamente a medida que los niños crecen, aunque a menudo se mantienen déficits leves durante la vida adulta.</p>	<p>Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares: Son trastornos en los cuales se hallan deterioradas las pautas normales de la adquisición de habilidades, desde etapas tempranas del desarrollo. Esto no es una simple consecuencia de la falta de oportunidades para aprender. Tampoco es producto de un retraso mental exclusivamente, ni es causado por ningún tipo de trauma o de enfermedad cerebral adquiridos.</p>	<p>Trastorno específico de la lectura</p>	<p>Su característica principal es un deterioro específico y significativo del desarrollo de las habilidades de la lectura, que no puede ser atribuido exclusivamente a la edad mental, problemas de agudeza visual o una enseñanza inadecuada. Pueden alterarse la habilidad para comprender la lectura, la capacidad para reconocer palabras escritas (mediante la lectura), la habilidad para la lectura oral y el desempeño de tareas que requieren lectura. Con el trastorno específico de la lectura se asocian con frecuencia dificultades en la ortografía, las cuales subsisten a menudo hasta la adolescencia, incluso después de haberse realizado algún progreso en la lectura. Los trastornos específicos del desarrollo de la lectura son precedidos generalmente por una historia de trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje. Son frecuentes las perturbaciones emocionales y de la conducta concomitantes, durante la edad escolar.</p>
		<p>Trastorno específico del deletreo [ortografía]</p>		<p>Este es un trastorno cuya característica principal es un deterioro específico y significativo del desarrollo de las habilidades para deletrear, en ausencia de una historia de trastorno específico de la lectura. El trastorno no es exclusivamente atribuible a una baja edad mental, problemas de agudeza visual o una enseñanza inadecuada. Se halla afectada la habilidad para deletrear y para escribir correctamente cada palabra.</p>

		<p>Trastorno específico de las habilidades aritméticas</p>	<p>Este trastorno implica un deterioro específico de las habilidades aritméticas, que no es exclusivamente explicable con base en retraso mental generalizado o en una enseñanza inadecuada. El déficit afecta al dominio de las habilidades elementales para la adición, sustracción, multiplicación y división antes que al de las habilidades matemáticas más abstractas, concernientes al álgebra, la trigonometría, la geometría o el cálculo.</p>
		<p>Trastorno mixto de las habilidades escolares</p>	<p>Esta es una categoría residual mal definida de trastornos en los cuales hay deterioro significativo tanto aritmético como de la lectura o de la ortografía, y en la que el deterioro no es exclusivamente explicable en términos de retraso mental generalizado, ni por una enseñanza inadecuada.</p>
		<p>Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado</p>	<p>Incapacidad para adquirir conocimientos SAI Incapacidad para el aprendizaje SAI Trastorno del aprendizaje SAI</p>
	<p>Trastorno específico del desarrollo de la función motriz</p>		<p>Es un trastorno cuya característica principal consiste en un serio deterioro del desarrollo de la coordinación motriz, que no es exclusivamente explicable en términos de un retraso intelectual generalizado, ni de ningún trastorno neurológico específico congénito ni adquirido. Sin embargo, un examen clínico cuidadoso demuestra, en la mayoría de los casos, inmadurez marcada del desarrollo neurológico, con síntomas tales como movimientos coreiformes de las extremidades sin apoyo, movimientos en espejo y otras alteraciones motrices asociadas, como también signos de deterioro de las coordinaciones motrices fina y gruesa.</p>

	<p>Trastornos generalizados del desarrollo: Conjunto de trastornos caracterizado por deterioros cualitativos de las interacciones sociales recíprocas y de los modos de comunicación, como también por la restricción del repertorio de intereses y de actividades que se aprecia estereotipado y repetitivo. Estas anormalidades cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de la persona en todas las situaciones.</p>	<p>Autismo en la niñez No afecta lo cognitivo o pensamiento matemático(afecta el proceso de comunicación)</p>	<p>Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad, b) el tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca; comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones.</p>
	<p>Otro trastorno desintegrativo de la niñez</p>		<p>Tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por un período de desarrollo enteramente normal, anterior al comienzo del trastorno, seguido por una pérdida definida de las habilidades previamente adquiridas en varias esferas del desarrollo en el curso de unos pocos meses. Esto se acompaña típicamente de una pérdida generalizada del interés por el entorno, de amaneramientos motrices estereotipados repetitivos y de un deterioro de la interacción social y de la comunicación, similar al deterioro autístico. En algunos casos se puede demostrar que el trastorno se debe a alguna encefalopatía asociada, pero el diagnóstico debería hacerse con base en los síntomas conductuales.</p>

		<p>Síndrome de Asperger No afecta lo cognitivo o pensamiento matemático</p> <p>Trastorno de dudosa validez nosológica, caracterizado por el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo. Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje o del desarrollo intelectual. Este trastorno se asocia a menudo con una torpeza marcada. Hay fuerte tendencia a que las anormalidades persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana.</p>
<p>Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia</p>	<p>Trastornos hiperactivos</p>	<p>Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperactivos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.</p>

	Trastornos de la conducta	<p>Trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso debe ser preferido el diagnóstico subyacente. Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves. Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones asociales aisladas.</p>	
	Déficit de Atención con Hiperactividad o sin ella (DA/DAH)	<p>El déficit se define como un desorden de naturaleza biológica y neuropsicológica en el que el niño o el adulto manifiesta varios síntomas de inatención, lapso de atención corto, impulsividad e hiperactividad, los cuales son inapropiados para su edad mental y cronológica y su etapa de desarrollo en general. De acuerdo con las enmiendas a la Ley IDEA (97 y 2004), los estudiantes con DA son elegibles para recibir servicios de Educación Especial bajo la categoría de PCS.</p>	
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	<p>Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales como de experiencias sociales, mientras otros se adquieren más tarde. Trastornos específicos de la personalidad (F60.-), trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61.-), y</p>	Trastornos específicos de la personalidad	<p>Son alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños u otros traumas del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico. Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad. Casi siempre se asocian con aflicción personal considerable y con desorganización en la vida social. Por lo general se manifiestan desde la niñez o desde la adolescencia, y se mantienen durante la edad adulta.</p>

	<p>cambios perdurables de la personalidad (F62.-) constituyen formas de la conducta profundamente arraigadas y permanentes, que se manifiestan como respuestas invariables a un amplio abanico de situaciones personales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás. Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios del comportamiento y del funcionamiento psicológico. Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de deterioro de la actuación social.</p>		
Trastorno mental no especificado			
Trastorno psicótico	<p>Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.</p>		

Anexo 2: Instrumentos y perfiles entrevistados

Aplicación de Instrumentos		
Instrumento	Perfil	Fecha
<i>Instrumento 2</i>	Profesional de género masculino. Licenciado en Educación física, cursa estudios de neuropsicología, con trayectoria a nivel educativo en la Secretaría de educación aproximadamente 17 años. Con 10 años de experiencia en el programa de AH, ha trabajado como docente en (Hospital del Tunal, Clínica San Rafael y Clínica la Paz.)	Miércoles 9 junio 2021
<i>Instrumento 2</i>	Profesional de género masculino. Licenciado en educación básica con énfasis en matemáticas, magíster en discapacidad e inclusión social; de la universidad Distrital y la Universidad Nacional, respectivamente. Vinculado con el programa AH en dos etapas la primera del 2014 al 2016 y la última etapa del 2018 a la actualidad. Docente del proyecto NEES de la facultad de ciencias y educación de la Universidad Nacional desde el año 2018. Ha trabajado en proyectos de educación media con varias universidades y con el MEN.	Viernes 11 junio 2021
<i>Instrumento 3</i>	Profesional género femenino. Psicóloga de la Universidad de San Buena Aventura, especialista en psicología clínica de la Universidad del norte, Magister en psicología clínica de la Universidad del norte. Psicoterapeuta con 18 años de experiencia en el trabajo clínico, asesora en la salud mental pública y docente universitaria hace 15 años.	Jueves 10 de junio 2021
<i>Instrumento 1</i>	Profesional de género masculino. Fisicoterapeuta y experto en Discapacidad Psicosocial.	Viernes 11 junio 2021
<i>Instrumento 1</i>	Profesional de género femenino. Terapeuta ocupacional, con más de 10 de experiencia en la intervención no solamente de usuarios neurotípicos sino también con algún tipo de condición tanto física, cognitiva y mental. A parte de tener estudios en terapia ocupacional, tiene estudios en enfermería, estudios en ergonomía, y certificaciones en discapacidad	Martes 20 julio 2021

<i>Instrumento</i> 3	Profesional de género masculino. Médico especialista en Psiquiatría general y en Psiquiatría de niños y adolescentes, especialista en Informática Educativa, y Máster en Sueño. Trabaja desde el 2010 en el área de salud mental de niños y adolescentes, y ha laborado en diferentes instituciones de salud del país en la atención de psiquiatría de niños y adolescentes, tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario. Actualmente, trabaja para varias IPS del país realizando atención ambulatoria en psiquiatría de niños y adolescentes a través de la modalidad de telemedicina interactiva, y Secretario del Subcomité de Psiquiatría infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.	Jueves 22 julio 2021
<i>Instrumento</i> 4	Profesional de género femenino. Egresada de la Universidad Distrital, con aproximadamente 13 años como docente en matemáticas, específicamente en bachillerato.	Martes 21 septiembre 2021
<i>Instrumento</i> 4	Profesional de género masculino. Egresado de la Universidad Pedagógica Nacional, con aproximadamente 12 años como docente en matemáticas en diferentes colegios, también, el en el Distrito, y con clases personalizadas.	Miércoles 22 de septiembre 2021
<i>Instrumento</i> 4	Profesional de género femenino. Licenciada en Educación Básica, con aproximadamente 35 años de experiencia. Normalista, luego título de Licenciatura.	Miércoles 22 de septiembre 2021
<i>Instrumento</i> 4	Profesional de género femenino. Egresada de la Universidad Distrital, de la Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Matemáticas, con aproximadamente 13 años laborando en el campo educativo. Actualmente, estoy terminando la maestría en La Evaluación y el Aseguramiento de la Calidad de la Educación.	Miércoles 22 de septiembre 2021
<i>Instrumento</i> 4	Profesional de género masculino. Licenciado en Matemáticas de la Universidad Distrital, con aproximadamente 12 años de experiencia.	Miércoles 22 de septiembre 2021
<i>Instrumento</i> 4	Profesional de género masculino. Egresado de la Universidad Distrital, actualmente en maestría de comunicación y educación, con 7 años de experiencia en el sector educativo.	Viernes 24 de septiembre 2021

Anexo 3: Transcripción de las Entrevistas

Entrevista # 1 (entrevistado el 9 de junio del 2021)

Está entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas metodologías, modelos de atención, de intervención pedagógico que atiendan población diferencial específicamente los que padecen algún tipo de enfermedad, o bien sea en el caso de los que padecen enfermedades o trastornos psiquiátricos.

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil, carrera profesional y trayectoria profesional*

Entrevistado 1. *_ Profesional 1 de género masculino. Soy Licenciado en Educación física, curso estudios de neuropsicología, en la trayectoria a nivel educativo llevo con la Secretaría de educación aproximadamente 17 años.*

En la parte de Colegio regular, en el caso de la educación física las circunstancias me fueron llevando hacia el AH, aparte llevo en la docencia aproximadamente unos 19 años, tanto en colegios privados y en colegio del distrito, y en el AH me encuentro aproximadamente unos 10 años en diferentes hospitales, empecé en el hospital del Tunal como primer acercamiento en las AH, posteriormente en la clínica San Rafael y en la Clínica la Paz.

Entrevistador. *_ Podría comentar sobre sus experiencias en las AH atendiendo población diferencial*

Entrevistado 1. *_ AH es un punto aparte, el hecho de estar en condiciones de enfermedad hace al estudiante/paciente muy vulnerable en la parte educativa realmente uno tiene que tener un sentido de pertenencia y más que un sentido de pertenencia ser muy cuidadoso en las actividades educativas, formativas, que uno ejecuta con todos los estudiantes. Yo creo que tendría miles de anécdotas para referenciar en este momento, pero es muy fuerte porque siento que tiene una dicotomía, la felicidad de ver a un estudiante que dice “que rico verte profe, te estaba esperando” una persona que se encuentra en cama, convaleciente, adolorido, adolorida, ese docente que llega y cambia un momento tu situación, no solamente al estudiante sino a la familia; recordemos que no solo se enferma el estudiante sino toda una familia.*

Como lo comentaba hace un momento en el hospital el Tunal, fue una experiencia súper significativa, agradable siento que me hizo ver la educación desde otra perspectiva, porque la educación debe ser así. En la educación lo que hacemos es evaluar conceptos y no entendemos al ser humano y realmente el conocimiento como tal. Entonces, en el hospital del Tunal fue mi primera experiencia y hubo un cambio muy fuerte en la Clínica la Paz porque aquí ya estamos hablando de salud mental. La salud mental genera muchos más compromisos, muchos más retos, realmente lidiar con la salud mental trasciende más a problemas de aprendizaje, trasciende más a otro tipo de diagnósticos médicos.

Entrevistador 2. *_ ¿Notas diferencias importantes entre el AH del hospital del Tunal y el AH de la Clínica la Paz que tiene unas condiciones de salud mental?*

Entrevistado 1. *_ Yo creo que entre todas. Yo he tenido la posibilidad de trabajar en las AH del hospital del Tunal, la Clínica San Rafael y la Clínica la Paz, y las condiciones son totalmente diferentes. Vamos a dar varios ejemplos, un chico que tiene una peritonitis, está convaleciente, está adolorido, tú haces un trabajo pedagógico, un apoyo escolar porque en este*

caso habría un dolor que le impide, pero a nivel cognitivo, a nivel del deseo de estudiar tienen su 100%, pero cuando te encuentras con pacientes que se están intentando suicidar, cuando te encuentras con chicos que tienen TOC, TAP, que tienen diferentes trastornos, chicos con edades de 10 a 17 años de edad que su primer deseo es morirse, que no quieren la vida por ende no van a querer el estudio, cuando entras a nivel de lo educativo y le das una mirada diferente que es importante continuar, no en cuestiones de psicología sino que abordando esas herramientas educativas es gratificante.

Yo recuerdo cuando el entrevistador 1 llegaba, porque ella trabajó prácticamente con pacientes en condición de esquizofrenia, con algunos catatónicos y tener quieta a esa población eso deja mucho que decir de una persona que está trabajando como docente, yo pienso que esa es como una evaluación muy fuerte.

Entrevistador. *— ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población, dependiendo de la enfermedad?*

Entrevistado 1. *— En cuanto a metodología, es realmente flexibilidad. Ser flexibles, pero tenemos que acogernos a lo que nos da el colegio como tal, cada docente que este anexo a un colegio, en este caso yo estoy anexo al colegio José de Castilla, pero no todos trabajan igual por las dinámicas de los diferentes diagnósticos, pero siempre se lleva a un mismo objetivo, que es la parte educativa, la parte formativa.*

Y dentro de las estrategias, realmente aquí tenemos que cambiar un poco y de salirnos del salón, del aula, de ser tan magistrales, yo pienso que eso como docente me hizo reevaluar en muchas cosas y es acudir a todo lo que está en el entorno, absolutamente todo lo que se encuentra en el entorno, hasta jugar también con los ambientes sociales, personales, psicológicos de cada uno de los estudiantes por ahora, que lleva a cabo lógicamente un proceso formativo, porque hay que hacer una aclaración y es que es diferente un chico que esta 3 o 5 días, es diferente a uno que va a durar siete, ocho, diez días o 20 días. Tengo estudiantes que pueden durar hasta 3 años en el AH, lo digo por la Clínica la Paz, entonces a estos estudiantes se les hace otro tipo de proceso lógicamente más formales, ya se matriculan, sin perder lógicamente lo que es la flexibilidad.

Entrevistador. *— ¿Qué conocimientos se deberían desarrollar en los estudiantes-pacientes que padecen algún tipo de enfermedad, o bien los que tienen enfermedades o trastornos mentales?*

Entrevistado 1. *— Es muy buena pregunta porque, yo vuelvo insisto en lo mismo, aquí se tiene que hacer una continuidad de los procesos académicos, lectura, escritura, todos esos procesos que nos ayudan a formarnos, pero yo pienso que deben ser actividades para la vida, porque uno de los grandes errores es que estamos asumiendo al estudiante de manera normal, de manera tradicional, entonces lo que nosotros estamos haciendo es imaginando de que todos los estudiantes pueden tener las mismas capacidades desconociendo una cantidad de cosas que cada ser humano por naturaleza tenemos, cada ser humano tiene por naturaleza diferentes cosas, y más un estudiante que se encuentra hospitalizado que se encuentra digamos en la Clínica La Paz un diagnóstico esquizofrénico, pues yo pienso que es más aprendizaje para la vida.*

Allá en la Clínica la Paz se manejan unos proyectos muy bonitos, panadería, madera, plásticos, para en algún momento de pronto hacerlos parte a nivel social y que cuando toda la parte médica considere que ellos se pueden adaptar a la vida y pienso que va a ser más favorable sin desconocer lógicamente las importantes áreas.

Estamos hablando de estudiantes de 16, 17 años que a nivel escolar han venido teniendo un retraso muy importante y muy marcado por su diagnóstico. En la salud mental hay que hacer una precisión y es que no solamente se presenta, la salud mental según los especialistas explica que es una enfermedad que tiene que tratarse, eso es más o menos cuando nos dan un diagnóstico de que tenemos la tensión alta y a nosotros nos medican, pasa exactamente con ese tipo diagnóstico. Hay unos diagnósticos más severos, entonces pretender que un chico de 17 años con salud mental demasiado fuerte, es diferente un chico que llega allá más hacia lo comportamental es diferente a un estudiante que ya tiene deseos de suicidarse, con unos traumas ya marcados pues no se pueden desconocer las dos cosas y estudiantes que ya llevan aquí 2 años larguitos que llevo trabajando con ellos; pero se debe preparar tanto de la una como de la otra parte, hay que desarrollar en ellos ciertas competencias que les permitan llevar una mejor calidad de vida, aunque no sé si se llama calidad de vida por todo lo que viven a diario, pero pienso que puede llegar a ser una buena salida.

Entrevistador. *— ¿Qué áreas o dimensiones potencian habilidades en los estudiantes-pacientes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas o síntomas que se presentan?*

Entrevistado 1. *— Todas, por ejemplo, la dimensión comunicativa, las artes el AH le da mucha prioridad, también vienen de la mano otros conocimientos que lo llamamos como algo trasversal, a partir de desarrollar una actividad como es el caso del ajedrez, yo inicie un proyecto de ajedrez en este momento lo estamos trabajando desde la Clínica la Paz, el proyecto de ajedrez está manejando diversos momentos en los cuales ellos son participes, investigan, consultan, juegan, hacen entrevistas. Entonces, realmente, pienso que ese tipo de actividades artísticas potencializan muchísimo lo que es la población del AH sin dejar de trabajar lógicamente la dimensión comunicativa y el resto de dimensiones que normalmente nosotros trabajamos.*

Entrevistador. *— ¿Qué procesos cognitivos o mentales son característicos de este tipo de población diversa que padece enfermedad mental o trastorno mental y se puede atender desde las matemáticas escolares? ¿Cómo sería el desarrollo de este proceso?*

Entrevistado 1. *— Lo que yo entendí más o menos de la pregunta es, que le puede aportar la matemática a este tipo de población verdad.*

Entrevistador. *— ¿Cómo qué procesos cognitivos tu identificas de los estudiantes, no necesariamente de las matemáticas escolares, de pronto tu área fin no sean las matemáticas, pero sí que procesos cognitivos tu identificas que puedas potenciar y atender desde las áreas que manejas, y como desarrollarías este proceso?*

Entrevistador 2. *— Incluso un poquito más atrás, si tú en la experiencia que has tenido con estos chicos que presentan... a mí me ha quedado claro que hay varios espectros, entonces hay diagnósticos unos severos, otros diagnósticos más intermedios y hay otros diagnósticos que permiten ciertas cosas de escolarización, entonces eso ya pone que son cosas distintas, pero en tu experiencia como profe con estos chicos tu identificas algunas características, unos rasgos de lo cognitivo y de sus procesos de aprendizaje que los particularicen en términos de eso o no y en caso de que si cómo has visto tu que puedes hacer este proceso y el desarrollo de este proceso incluso con cosas que hayas dicho como el ajedrez el proyecto y demás. Entonces ahí queremos tener una mirada de aquellos que si han estado con estudiantes en estas condiciones y que pues pueden identificarnos con ciertos rasgos y ciertas características en caso de que existan por supuesto.*

Entrevistado 1. _ Bueno, en salud mental, yo lo que puedo llegar a decir es que hay una constante a nivel de pronto de algunas actividades, yo lo refiero por ejemplo a actividades que sean más de agrado a los chicos que otras, pero en salud mental se juega un papel muy importante aquí ni siquiera es la parte cognitiva es todo un vínculo de cosas, desde la organización de actividades. Es diferente, cuando yo llego a la Clínica San Rafael y ya llego con una constructora de matemáticas, ya llego con la actividad de fraccionarios y a los muchachos les gusta, aquí realmente se puede trabajar absolutamente todo, puede llegar a generarle muchísimos procesos importantes. El entrevistador 1 que tuvo la experiencia como tal, entonces ella llegaba y organizaba las actividades con los muchachos, saliéndole muy bien en su gran mayoría y siento que generó inquietud y generó desafíos para los muchachos, pero que yo en estos momentos diga que hay algo mucho más marcado en salud mental que en otras cosas no podría realmente afirmarlo, siento que todo está dado a partir de esa parte de llevar todo a nivel trasversal, supremamente importante implementarlo.

Entrevistador. *_ Entrevistador 2 tienes algo que decir o está todo perfecto?*

Entrevistador 2. _ Está perfecto me parece que hay una respuesta que el entrevistado 1 nos da clarísima y es que el proceso inicia desde el encuentro con el estudiante no se puede prefabricar como tal vez en otros escenarios que permiten unos ciertos diagnósticos, entonces ahí hay un posible camino del proceso. Y en términos de rasgos, lo que te entendí es que en la mayoría de las ocasiones es conglomerado al tiempo.

Entrevistado 1. _ Quiero complementar la primera parte y es, si, tienes toda la razón, lo digo por experiencia, por esa experiencia realmente lo puedo ratificar, tu puedes preparar una belleza de papel y puedes escribirle absolutamente todo. Yo recuerdo varias anécdotas y me quiero quedar aquí un momento en un grupo con 5 o 6 chicos y es que ahí vuelve lo mismo de la educación, entonces uno interpreta que esa actividad sirve para todos y llegas a aplicarla, pero afecta la salud mental; donde tú dices “mira vamos a realizar esta guía y la explicas hasta con plastilina” puede ser vistiéndose de payaso, pero mientras tú no tengas esa empatía y asiente que los muchachos realmente están en condiciones de desarrollar. Es tan importante eso, no estoy diciendo que no funcione, no estoy diciendo que no se puedan ligar procesos, pero estoy diciendo que es mucho más complejo que estar en un aula con otros diagnósticos, lo digo por mi experiencia, posiblemente otros compañeros puedan llegar a tener otra experiencia con otros tipos de diagnósticos, pero dentro de lo que cabe en mi experiencia, ellos son muy demandantes, una de las características que tienen y la frustración la tienen muy latente, entonces jugar con eso y llegar y manejar esos límites es supremamente importante.

Recuerdo que fue un practicante, le entregue todos los implementos y hay que jugar hasta con la punta del lápiz, que no debe tener tanta punta, allá solamente hay un sacapuntas, lo que hay que tener en cuenta, porque ellos están pensando en robarse la cuchilla, coger un lápiz con harta punta para estar rayándose, si tú eres capaz de organizar una actividad y que lleve juego, que lleve conocimiento, que lleve didáctica, que lleve lúdica, de una hora u hora y cuarto, porque recordemos que hay otra condición adicional y es que son medicados y no se les puede hacer una clase de 3 o 4 horas constantes, acá hay que hacer unas pautas las cuales permiten descansar lógicamente, hay chicos que tú puedes estar con él en una clase muy magistral, por ejemplo una suma, tú le acabas de explicar algo das un paso y ya están diciendo “profe, profe” yo no entiendo eso, aquí es donde juega un papel super importante.

Yo siempre he dicho que experimentar este tipo de sucesos, hay que tener en cuenta dos cosas muy puntuales, porque el mal imaginativo, el mal imaginativo es que están los chicos amarrados, no, son chicos normales, chicos que uno consideran que están normales pero que

tienen una afectación bastante fuerte y yo le decía al entrevistador 1, uno como docente tiene que definitivamente aprender hacer algo y a escuchar, termina siendo más como que si hizo o no hizo, que es lo que a uno le enseña desafortunadamente la academia, posiblemente no todas pero yo lo digo mi colegio y mi universidad fueron tal cual, esto sirve, esto no sirve, usted aplica test, aplica esto y la matemática tiene que ser perfecta, pero se nos olvida que detrás de toda esa matemática, detrás de todo eso, existimos personas con diferentes inconvenientes los cuales no tenemos en cuenta, sino que simplemente en el colegio en donde trabajo horas extras, escucho a los compañeros decir, “él es malo, él es bueno”, él es malo porque no cumple, en realidad no sé a qué le llamamos nosotros educar, si educar es solamente levantar a un niño que se está tratando de matar por una cantidad de cosas que yo desconozco y quede feliz porque aprendió.

Pienso que salud mental, tiene que ir muchísimo más allá, tenemos que preparar a los muchachos claro, que tenemos que ayudar, tiene que ser un grupo interdisciplinario, con los psiquiatras. Es bueno cuando por ejemplo un psiquiatra se te acerca, no tanto por la evaluación o para el dictamen médico, sino que simplemente ellos consideran que nosotros como docentes aportamos tanto a la clínica que nos volvemos fundamentales, en los procesos del manejo del estrés, del entendimiento, la calma de los procesos cognitivos, que la persona esté interesada en algo más que sea suicidarse.

Entrevistador. *_ Dado que cuando tuve la experiencia en la Clínica la Paz hubo estudiantes que se encontraban en proceso de hospitalización de 1 o 2 años lo cual implica que hayan tenido procesos de desescolarización y no se encuentren vinculados a un colegio padrino, qué entonces uno como docente escoge para enseñar ya sea de las matemáticas o desde el lenguaje, o de otra área, ¿qué uno escoge para enseñarle a estos estudiantes que padecen este tipo de enfermedad.*

O sea, ¿cómo uno identifica qué enseñar y cómo enseñar esas distintas áreas como en el caso de las matemáticas o en el caso de otra área disciplinar, a estos estudiantes que se encuentran desescolarizados?

Entrevistado 1. *_ Hay que tener en cuenta algo y es la parte médica no olvidarla nunca, la parte médica es un horizonte para nosotros, es como que nos entreguen algo y nosotros no podemos cogerlo por nuestro conocimiento y decir, venga síntese y hoy vamos hacer esto, esto y esto, no, nosotros tenemos que irnos a la historia clínica y posiblemente mirar porque entra el estudiante, mirar por medio de una pequeña evaluación, como no tenemos ese neuropsicólogo, no tenemos esa especialista que permitiría lógicamente hacer un diagnóstico, nosotros que tenemos en ese momento, básicamente unas herramientas previas, así sea por medio de entrevista, hablar, contextualizar, averiguar un poco sobre hace cuánto no viene estudiando. El entrevistador 2 decía algo muy cierto, los espacios de desescolarización son tan prolongados que lo último que ellos quieren es que sea riguroso porque los cansa y de ahí viene lógicamente toda la frustración, que son muy demandantes, entonces vamos a dar el ejemplo a nivel deportivo, cuando el entrevistador 1 va al gym un día y hace de todo 7 horas pues sencillamente ya no vuelve al gym, porque lo que va a tener es un dolor horrible en sus piernas, en el abdomen y de todo, entonces aquí uno debe tener mucho cuidado, y más entrar en esa parte académica yo pienso que en salud mental hay que dejar muy claro que hay que hacer un abordaje muy cuidadoso y en ocasiones necesitamos aprender a escuchar, vuelvo e insisto y comenzar a decirle sobre la importancia que debemos generar unos procesos de conocimiento los cuales nos va a llevar de manera significativa, pero que nosotros entremos de una vez “hola, según por calendario, estamos segundo periodo”, que yo diga puede empezar con esto, pues no, lógicamente hay que tener esa inteligencia, yo pienso, que tú la pudiste vivenciar, alias*

como con 20 horas de trabajo, yo creo que si tu contarás tu experiencia que el entrevistador 2 la conoce va a ver diferenciación con compañeras y compañeros que tuvieron la experiencia en las AH.

Entrevistador 2. _ Yo creo que ya conecto con la siguiente pregunta “*Cuáles son los parámetros, criterios y/o pautas para decidir que debo enseñar y cómo evaluarlo?*”, que ya hay conexiones de los parámetros, porque hay una necesidad y es no estandarizar los parámetros según lo que nos estas contando y tiene todo el sentido, y pues claramente el horizonte en estas condiciones parte de lo clínico, en el caso de la salud mental en particular hay una fuerza importantísima sobre lo clínico.

A mí lo que me gustaría preguntarte un poquito para profundizar en eso ahí frente a ese caso es, tú tienes según lo que nos contabas en el aula unos colegios padrinos que escolarizan a esos estudiantes y entonces esos colegios padrinos dicen cosas sobre lo que debería hacerse sobre una propuesta escolar, pero esta la otra condición clínica y esta la otra condición de horizonte que nos mencionas, tu como profe ahí ¿cómo medias?, porque es muy común que los colegios de aula regular tengan unos planes particulares y tengan unos desarrollos que hacer, que para octavo ve álgebra, que en décimo ve química, todo ese tipo de cosas, pero por el otro lado tú tienes a estos estudiantes con unas condiciones particulares que tal vez no están tan allí.

Entrevistado 1. _ Nosotros vamos de la mano con las educadoras especiales, en cada uno de los colegios nosotros tenemos un grupo de apoyo, en este caso el colegio José de Castilla nos brinda el currículo, nos brindan la asesoría de la educadora especial y con ella nos sentamos en algunas oportunidades y miramos lógicamente cómo va el proceso de cada estudiante y las características, hace un momento yo dije que también con psiquiatría con TEO, o psicología es un grupo interdisciplinario que lógicamente me ayuda a tener una manera más pertinente a cada uno de esos pacientes, yo voy a dar un ejemplo, la trabajadora especial dice, “estamos viendo esto, hacemos una evaluación con la educadora especial determina según las características, yo voy lógicamente de la mano con el colegio, pero aquí hay que tener en cuenta lógicamente el diagnóstico médico, el diagnóstico médico me indica que el estudiante no puede tener un trabajo mayor a 45 minutos o me dice si en la mañana se puede o no se puede porque la medicación es muy fuerte. Entonces, todas esas variables debemos tenerla en cuenta como profesores como docentes de AH, si algo no funciona, si alguna temática que nosotros tenemos no funciona, definitivamente consideramos que el estudiante no es capaz de desarrollarla o al contrario el estudiante va a avanzando de manera muy significativa, entonces automáticamente volvemos a la siguiente reunión, volvemos y planteamos, entonces, las actividades que estamos planteando son estas, estos son los estudiantes, tenemos que tener en cuenta los procesos educativos.

Algunos de ellos son matriculados porque los papás están interesados, entregan papeles, siguen estudiando desde el hospital, nosotros somos las personas que lógicamente direccionamos ese proceso con ayuda del grupo interdisciplinario. Actualmente, desde la virtualidad seguimos trabajando, tengo estudiantes matriculados, desafortunadamente es más como trabajo de guías, de observación y de una evaluación, pero si se está trabajando con los estudiantes que prácticamente, desayunan y comen allá.

Entrevistador 2. _ *Tu tocas un punto súper importante y es que el profe no puede abandonar su papel de profe, si bien entiende muchas otras disciplinas y otros trabajan interdisciplinariamente con un equipo, psiquiátrico, para hacer intervenciones y me parece que esa teoría es súper importante, pero en esa claridad y en ese proceso con colegio yo no*

he escuchado que ti te hayan hecho un acompañamiento desde el AH formativamente hablando para afrontar las situaciones que has tenido que venir afrontando, esa interpretación ¿si es correcta?

Entrevistado 1. _ No, no es correcta, porque a nosotros... es más el 16 de este mes tenemos una capacitación, antes de ingresar al AH lógicamente hemos tenido una formación, lo que pasa es que eso es más o menos igual que en la universidad, termina siendo más desafortunadamente la teoría que la práctica, pero a nivel formativo yo antes de empezar a trabajar en el hospital del tunal estuve en cardiología y estuve en dos hospitales más, que realmente fueron importantes.

Entrevistador 2. _ *Si, esa parte de la entendí, me refería a formación frente a la situación particular de la salud mental, de llegar a un espacio, donde se centraliza la salud mental no de AH con las otras condiciones, sino esa condición en particular.*

Entrevistado 1. _ Cuando tu entras a una clínica de salud mental, tienes que estar mentalmente preparado, una clínica en salud mental tiene que estar preparada, esta semana me paso en la virtualidad de que un chico cogió el computador y lo rompió, y la mamá me escribió “profe acabo de entrar en una crisis este muchacho”, a otra chica le dije que trabajáramos, le propuse varias actividades, le plantee varias cosas le di varias opciones, pero la chica me dice, “me quieres escuchar” y yo claro si dime, “me quiero morir”, es una niña de 15 años diciéndote me quiero morir e irte para tu casa pensando que la niña se quiere morir, pues esas son las cosas que realmente te sacan de todo. Pero gracias a Dios, yo pienso que, en mi caso personal, lo apropié de una manera significativa, en mi casa, con mi hijo, mi entorno, a nivel profesional y de ahí la importancia de a capacitarme un poquito más e iniciar lógicamente lo que es la maestría, en neuropsicología me parece importante tener más herramientas, para comenzar abordar toda la población y hacerlo de una manera correcta, porque por ahí uno tiene muchas falencias, mi propósito es mejorarlas como persona.

Pero sí, tienes la razón, nosotros lo que hacemos es a nivel psicológico tener algunas terapias, pero pienso que pueden hacer más, tenemos un acompañamiento donde la secretaría de educación, nos dice cómo vamos cómo se siente.

Entrevistador 2. _ Sí, hay un proceso formativo inicial para acompañar de entrada lo que es un AH. Lo que te entiendo es que frente a la condición particular de salud mental si podría ser mucho más precisa porque pone unas condiciones aún más particulares.

Entrevista # 2 (entrevistado el 11 de junio del 2021)

Está entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas metodologías, modelos de atención, de intervención pedagógico que atiendan población diferencial específicamente los que padecen algún tipo de enfermedad, o bien sea en el caso de los que padecen enfermedades o trastornos psiquiátricos.

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil, carrera profesional y trayectoria profesional.*

Entrevistado 2. *_ Yo soy licenciado en educación básica con énfasis en matemáticas, magíster en discapacidad e inclusión social; la primera en la universidad Distrital, la segunda en la universidad nacional. Estoy vinculado con el programa AH en dos etapas la primera del 2014 al 2016 y esta última etapa del 2018 a la actualidad. También soy docente del proyecto NEES de la facultad de ciencias y educación de la universidad nacional desde año 2018 y también he trabajado en proyectos de educación media con varias universidades y con el ministerio de educación nacional.*

Entrevistador. *_ Podría comentar sobre sus experiencias en las AH atendiendo población diferencial y qué modelos de intervención pedagógica se basa para atender este tipo de población; específicamente la que tiene algún tipo de enfermedad como es en el caso de las AH.*

Entrevistado 2. *_ Yo trabajo en las AH, el aprendizaje basado en proyectos, es una propuesta que es posible flexibilizar curricularmente ya que los estudiantes en situación de enfermedad requieren de unos rangos horarios muy distintos a los que se está acostumbrado en el aula regular; esto depende de su tratamiento médico, en el caso de los estudiantes con diagnóstico de cáncer: las quimioterapias, radioterapias, y otros procedimientos.*

En mi caso personal, yo lo que hago es trabajar una intervención cara a cara, en la presencialidad por temas de pandemia desde la virtualidad, con los estudiantes del grado que corresponda; si es posible se hace la agrupación con los estudiantes del mismo ciclo y si no de forma individual. ¿Qué trabajo yo? Trabajo todas las áreas en el caso de la clínica en la que estoy y en 30 o 40 minutos desarrollo un proyecto basado en los intereses y las motivaciones de cada estudiante; teniendo en cuenta que tengo la opción de flexibilizar el currículo siempre lo hago basado no en las necesidades, sino en lo que puedo potencializar de cada estudiante y siguiendo desde luego los estándares básicos de competencia del ministerio y los DBA. Estas intervenciones son de manera lúdica sin dejar de lado obviamente los ejes temáticos de cada área del conocimiento y se cuenta, en la mayoría de encuentros, con la compañía de papá, mamá o cuidador; entonces también se involucran en ese proceso pedagógico.

Entrevistador. *_ Estos modelos o estos procesos de intervención varían dependiendo la patología que presenta el paciente o cómo los maneja; pongo en ejemplo cuando me tocó hacer la práctica en la clínica La Paz, que eran estudiantes con enfermedades psiquiátricas y yo llegué y no tenía idea de qué hacer, ni cómo hacer ni cómo hacer ese tipo de flexibilización del currículo porque habían estudiantes que estaban hasta desescolarizados, que llevaban hospitalizados dos años, que no tenían una continuidad y de hecho el programa quiere continuar estos procesos escolares pero que para ellos están como rotos, que hay una ruptura ahí. ¿Cómo serían en esos casos?*

Entrevistado 2. *_ En mi caso, yo me comunico directamente con cada colegio donde está matriculado el educando, solicito los contenidos de las áreas que abordamos desde el*

programa, que son basadas en los campos de pensamiento y a partir de ahí priorizo esos ejes temáticos de acuerdo a lo que se espera al finalizar el periodo o el año académico de cada estudiante y busco estrategias que me permitan trabajar con ellos en ese rango de tiempo, teniendo en cuenta su patología; personalmente yo he trabajado con niños en la unidad de quemados, unidad de trasplantes, en oncología y algunos pacientes mentales pero que han sido remitidos o trasladados por sus diagnósticos, lo más común con lo que yo trabajé fueron estudiantes con anorexia, bulimia y un intento de suicidio. Del resto casi todo el tiempo he trabajado con pacientes oncológicos y en el caso de ellos, nosotros nos adaptamos de acuerdo a su estado de salud; como comentaba, a veces las quimioterapias son muy fuertes entonces no hay momentos en los que no se pueden trabajar con el estudiante o que aun así convaleciente quiere trabajar con los profes; entonces las dinámicas las da el estudiante, creo yo, más que la patología. Obviamente la patología no se puede descuidar porque algunos tendrán restricciones de movilidad, algunos no se podrán desplazar en el caso de que haya un aula física dentro de la clínica o el hospital, entonces esto también influye bastante.

Entrevistador. *_ Para el caso de esos estudiantes que usted tuvo con problemas mentales ¿qué conocimientos considera que se deben desarrollar en estos estudiantes? ¿Cómo haces para identificar esos elementos de cada estudiante o de cada diagnóstico para poder identificar qué debo enseñar, cómo enseñar desde las matemáticas escolares?*

Entrevistado 2. *_ Lo más importante es hablar con la pediatra, con la oncóloga o con el médico que está a cargo del paciente, preguntarle si tiene algunas restricciones, como de movilidad, algo que afecte el procesos educativos del estudiante para hacer esa adaptación; los papás y las mamás cuidadores también juegan un papel importante porque ellos son los que están casi que 7/24 con el paciente por lo menos en la hospitalización, bueno, en la vida cotidiana convienen con ellos y los conocen; entonces a partir de ahí hay que hacer ciertos ajustes. En el caso de la paciente que tenía este diagnóstico de anorexia, era una niña que se irritaba con facilidad, se molestaba con cualquier cosa, era muy literal, al momento de explicar algo de matemáticas y no entendía se ponía muy molesta, se sentía disgustada, era hablar también con la psicóloga a cargo y mirar qué estrategias se podrían emplear para que no fuera algo frustrante sino que disfrutara esa intervención pedagógica, porque lo que busca de alguna manera la Pedagogía Hospitalaria es bajar los índices de ansiedad y no lo contrario; entonces no hay que generar situaciones estresantes sino al contrario, que sea basado en los intereses y motivaciones.*

En el caso de la duda puntual que ella tenía acerca de su eje temático, era enviado de su colegio de origen, entonces ¿cómo hacer ese ajuste, de lo que envía el colegio, la guía, el trabajo? ¿Cómo lo ajusto yo?

Debo conocerlo previamente para mirar de ahí lo que puedo extraer y cómo presentar esa información; en esto creo juega un papel importante el DUA, diseño universidad para el aprendizaje, porque además debo hacer un ajuste razonable, ¿por qué? por la condición de enfermedad, por el tiempo porque no va a ser el mismo tiempo que va a tener la estudiante en el aula regular y también los factores emocionales, sociales, familiares que pueden estar influyendo para que tenga ese comportamiento pero además también ese diagnóstico.

Entonces yo creo que este es un trabajo articulado especialmente con pediatría, con la familia y a partir de ahí también preguntarle al estudiante digamos una entrevista, pero yo le llamo una conversación cordial: “cuénteme ¿qué es lo que más disfruta del colegio?, ¿qué es lo que más le gusta?” Y a partir de ahí armar un proyecto, un pequeño proyecto basado en el aprendizaje de proyectos. Esta estudiante que mencioné, con este diagnóstico, ella sólo estuvo

cinco días en la clínica entonces el proceso no fue muy largo; pero a ella la trasladaron a la clínica Inmaculada, que esa sí es netamente de salud mental, entonces allá hay otra compañera, uno hace el contacto y ella se encarga de continuar ese proceso pedagógico.

Entrevistador. *— ¿Qué áreas o dimensiones potencian habilidades en los estudiantes-pacientes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que presentan en este tipo de población diferencial?*

Entrevistado 2. *— Yo creo que lo más importante es como presentar, o por lo menos en el caso en oncología que yo trabajo, yo me reúno con la psiconcóloga, ella me presenta los estudiantes, me cuenta de qué colegio son, en qué grado están, con quién viven, como la parte social y también me cuenta detalles de la parte socio afectiva, me dice cómo es el temperamento del niño o de la niña y qué estrategias emplear con cada uno.*

A partir de ahí, yo genero un plan de trabajo debo tener en cuenta ¿cuántos días va a estar hospitalizado el educando hospitalario? Porque en el caso de las quimioterapias ellos tienen ciclos, habrá unos días que están en la clínica, otros días que están en la casa y van a estar además inmunosuprimido; entonces genera dificultad para tener contacto directo con el paciente.

Cuando hay ciertas dificultades de comportamiento, de conducta; lo que he hecho lo he aprendido en la práctica, hay literatura sobre el tema, pero mi parte vivencial de este trabajo de AH, es trabajar mucho por medio del dibujo, del arte porque es algo que les gustan a los niños, casi que a todos; tengo una estudiante que hace manualidades en plastilina y hace cosas chéveres.

En una actividad le pedí a un estudiante que hiciera un dibujo de cómo se sentía en el colegio, este dibujo se lo pasé a la psiconcóloga y ella detectó ciertas conductas, le hizo una entrevista y a partir de ahí pudimos trabajar y se detectó por ejemplo que este niño, era uno de los niños que hacía matoneo en el colegio. Entonces, cómo a partir de ahí, yo no me meto en eso porque no soy psicólogo, no estoy capacitado en ese tema, hay un área encargada en la clínica, pero a partir de ahí si me da herramientas para saber cómo hacer el abordaje con el niño en la parte socio emocional y ya en la parte lúdica y cognitiva; yo creo que hay que partir desde el sujeto, como: niño, niña o joven que tiene cierta edad pero que además su vida cambió radicalmente a causa de una enfermedad catastrófica y que fue algo inesperado, evidentemente cambió su rutina, su forma de vida, su lugar de residencia que ahora va a ser la clínica de forma temporal o permanente y que esto genera ciertas ansiedades. Lo que he visto es que las niñas, niños y jóvenes se sienten a gusto con el trabajo pedagógico además porque es una forma de aprovechar su tiempo libre y esto baja los índices de ansiedad, esto está documentado también en varios trabajos que se han hecho en España, en la práctica o en el quehacer diario también se evidencia esto y es un alivio también para los papás.

Entrevistador 2. *— En términos de las preguntas que se han abordado, lo que encuentro de todas las personas que hemos entrevistado; cuando sale la pregunta de los conocimientos, de los saberes o de las interacciones necesarias en estos casos de procesos con salud mental, las respuestas tienden a ser muy espetrales en términos de no tener un nivel de acción concreta por ejemplo, por parte de un profesor como yo, si yo llegara a un espacio como tal de un estudiante y me dicen hazle un ajuste razonable; pero viene la pregunta: un ajuste razonable de qué, un ajuste razonable desde dónde? ¿Un ajuste razonable desde qué? Y me ha quedado siempre esa inquietud cuando se abordan esas preguntas sobre lo que se puede potenciar. Yo encuentro ahora en las respuestas que da el entrevistado 2 encuentro unas cosas como, por ejemplo, unas habilidades y unas*

destrezas artísticas que permiten entrar, unas comunicaciones iniciales que permiten asociarse y eso me da unas pistas; pero en términos, por ejemplo, la estudiante que tuviste que fue poco tiempo había que hacer un ajuste razonable; entonces, ¿qué es un ajuste razonable? En el marco de esos conocimientos escolares que vienen de algún lado, cuando son escolarizados, y cuando no, desde dónde se hace un ajuste razonable y si siempre tiene que ser un ajuste razonable; quizás una persona con una condición profunda de un espectro de salud mental ¿si requiere un ajuste razonable o lo que requiere es un diseño particular de otros componentes y de otros contenidos escolares que no necesariamente son lo mismo?; a mí me gustaría que desde la experticia que tienes en el ejercicio de estas aulas y de estos espacios nos ilumines un poquito frente a eso, porque en todas las entrevistas que se han hecho se habla del Diseño universal y de los ajustes razonables pero en últimas se siente que se habla de ello en el deber ser y me gustaría desde las acciones, aquellos que son expertos desde la acción como el entrevistado 2 y otras personas que hemos entrevistado, que nos digan un poco: "mire, un ajuste razonable tiene sentido en tal dirección, desde tal espectro, desde tal proceso, o tiene que tenerse en cuenta esto, en qué casos sí y en qué casos no."

Entrevistado 2. _ Bueno, el primer ajuste que se hace es en términos de tiempo nuestro estudiante no va a tener la misma dedicación horaria semanal que la tenía en su aula regular, entonces ahí ya tenemos un ajuste razonable, que es el tiempo; ¿por qué? Porque yo voy a tener una sesión entre 30, 40, 50 minutos con cada estudiante o si los puedo agrupar los llevaré a un lugar físico, se puede decir aula hospitalaria, en mi caso no tengo un espacio físico, voy habitación por habitación; pero partamos desde ese primer ajuste y es el tiempo. Entonces, yo me voy a encontrar con un estudiante de lunes a viernes supongamos de 2:00 a 2:40 de la tarde; qué es lo primero que yo hago: una caracterización, para saber el estudiante en qué grado está, qué edad tiene, cuál es su diagnóstico, con quién vive, porque además son datos que me pide a mí la secretaría educación para sus estadísticas, entonces es natural porque necesitamos a ver si el estudiante está matriculado o no, si es necesario desvincularlo a su colegio o no y bueno, lo que viene.

Lo siguiente es comunicarme con su colegio de origen el colegio me dirá a mí estos son los ejes temáticos, esto es lo que hay que trabajar con el estudiante, a partir de ahí digamos que me pueden estar dando las actividades o me pueden estar dando solamente los ejes temáticos, si me dan las actividades y teniendo en cuenta lo que ya hablé en el principio, el tiempo, tengo que seleccionar las actividades que son realizables en el tiempo pero además que van a cumplir por lo menos con lo mínimo que me está pidiendo el colegio, ¿qué pasa? Que generalmente los estudiantes cuando se reintegran al aula regular, y esto porque lo he vivido por lo menos en pandemia y en otras situaciones, los estudiantes llegan con un buen nivel ¿a qué se puede deber esto? A que es una educación personalizada, que está basada en los intereses y motivaciones de los estudiantes, esto lo digo desde mi experiencia personal, pueda que tengamos muchas similitudes en término con docentes que trabajamos en AH, pero también debe haber muchas variaciones con la población y bueno otras cosas, para no salirnos del tema; cuando trabajamos los ejes temáticos acordes a las matemáticas, por poner un ejemplo, lo primero que yo indago es qué le gusta a mi estudiante.

En una ocasión me pasó que una estudiante que ya estaba en cuidados paliativos, me decía: "yo no sé cómo se hacen las botellas profe, es una pregunta que siempre me he hecho" y mi respuesta fue, yo tampoco sé cómo se hacen las botellas, entonces va a hacer un trabajo que vamos hacer los dos de forma colectiva y vamos a buscar y vamos a indagar; a partir de ahí pues vamos a mirar un poco de historia, vamos a mirar cuáles son los componentes de las botellas de vidrio de plástico, cuáles son los procesos industrializados, cómo eran las primeras

botellas que se hicieron, qué capacidad tienen las botellas por ejemplo de gaseosa que son las que más se usan, entonces hay unas que son personales, otras que son familiares, que su capacidad se puede medir en litros o en mililitros.

A que voy es que, a partir de esa pregunta inicial, de esa curiosidad de mi estudiante, yo puedo abordar varios ejes temáticos que además son acordes a lo que me pide el colegio de origen y es algo que digamos si es posible yo puedo entrar material didáctico, que cumpla las normas de bioseguridad y realizar actividades con ella. Y así un pequeño ejemplo de lo que podría hacer con muchos de mis estudiantes, yo creo que eso es algo importante también porque es una educación personalizada, es una educación transitoria porque al superar su situación o condición de enfermedad, volverá a su colegio se reintegrará y digamos que seguirá haciendo sus procesos, entonces yo lo veo así, ahora, puede que haya muchos ejes temáticos y ahí el entrevistador 2 tiene la razón no van a necesitar ajustes porque mi estudiante tiene un nivel que no requiere ajustes, cuando digo nivel, es nivel de continuidad de pronto porque la enfermedad no le afecta la parte cognitiva, no le afecta las rutinas, los papás están ahí siempre muy comprometidos muy atentos; entonces solo está la ruptura del aula regular y sus compañeros, que evidentemente afecta mucho la parte emocional, pero en la parte académica puede tener una continuidad y más cuando el colegio está pendiente. Esto no es el común denominador, muchos colegios se desconectan salvo ahora en pandemia que todos están muy conectados y continúan con el acompañamiento a sus estudiantes.

Entrevistador 2. *_La pregunta también va en términos de, como el entrevistador 1 se está enfocando en el estudio a propósito del asunto de la salud mental que tiene muchas muy movilizaciones, el espectro es amplio, pero en muchos casos de ellos hay compromiso de función cognitiva, entonces en esos casos de compromiso función cognitiva; yo, entre más escucho los expertos, psiquiatras psicólogos, terapistas, profesores de aulas Hospitalarias, o sea todas las personas que hemos venido entrevistando; entre más escucho más siento que hay un territorio muy opaco frente a lo que es un ajuste razonable cuando hay una función cognitiva comprometida, entonces se dice ahorita por lo menos yo siento que cuando no está comprometido o es leve, pues nos están dando unos puntos: como tiempo, espacio, intervención, método, alcance y algo que mencionaste antes que me parece importante en términos de ansiedad, de no subir los niveles de ansiedad, entonces si algo produce nivel de ansiedad entonces ya eso hay que pararlo porque no es óptimo y no es lo que se busca; digamos que ahí yo lo entiendo, pero por ejemplo desde tu experiencia sé que lo que nos ha dicho es que no te ha tocado como tal, y mucho de lo que te ha tocado es lo que te ha hecho aprender muchas cosas.*

Pero cuando hay una función cognitiva, comprometida por un asunto, que bien sea, por ejemplo, un asunto de una ideación suicida, entonces la ideación suicida genera unos procesos de medicamentos, entonces ahí se ve una función emocional que tiene unos abordajes desde lo que tú planteas, pero desde, por ejemplo, un estudiante que tiene una función cognitiva comprometida, el ajuste razonable ahí es ¿qué? Por ejemplo, he visto muchos colegios, estaba hablando ahorita precisamente con un profe de colegio que tiene una estudiante con un síndrome de Down moderado, pero que desde la función cognitiva el diagnóstico clínico si dice que ya no hay algunos alcances en la función cognitiva de la misma manera; pero dice lo mismo: "me piden un ajuste razonable" ¿y cómo ajustan? ¿qué es el ajuste razonable? Me dice: "no, pues que si los niños ven los números hasta 100 entonces ella puede ver hasta 6", entonces yo digo, yo no entiendo eso, o sea es un poco pensando en eso; porque, entrevistador 1 yo no sé si estás de acuerdo en que cada vez preguntamos sobre eso hay unas salidas tangenciales veo yo.

Entrevistador. *— Sí, y es que el entrevistado 2 creo que mencionaba también que, en la mayoría de los casos, digamos, con los pacientes que el Profe ha tenido pues no, esos estudiantes, no han tenido la posibilidad, o bueno, sus enfermedades no le han permitido que tengan consecuencias cognitivas; entonces ese tipo de flexibilización, digamos que va más a lo metodológico que como a eso didáctico o de la enseñanza como tal.*

Entrevistador 2. *— De acuerdo, digamos que yo le pregunto al entrevistado 2 como experto que ha estado en esos escenarios, un poco pensando en que lo que hemos encontrado son esas salidas tangenciales, pero pues quisiera que nos dieras como tu posición o tu punto de vista o la luz al final del túnel de lo que tú has visto y vivido, de como: “mire, en esos casos donde hay una función cognitiva en efectos que tiene como consecuencia de una situación de salud mental, pues si tiene sentido pensar en lo de los ajustes razonables o no”, como el ejemplo que te acabo de poner que me comentó un profesor ahorita, pues no, eso no es, porque es muy fácil, esta mañana con el terapista ante la pregunta decía: “no, pues es que deben darle todo” y yo decía “si la función cognitiva está comprometida ¿qué sentido tiene, en términos de ser responsable con alguien, darle todo cuando sé que no porque su función cognitiva está comprometida?*

Entrevistado 2. *— Si ahí yo creo que juega un papel importante y como lo dice el decreto 1421 que además también ha sido difícil de implementar pero además de entender, porque si bien ahí están todas las definiciones de qué es un ajuste razonable, qué es un PIAR, es decir, ahí está como todo lo normativo si nos vamos a la práctica, pues ya un estudiante que si está comprometido cognitivamente, sea leve, sea moderado o sea crítico pues yo no le voy a poder enseñar de la misma forma como les enseño a los estudiantes regulares, que no tiene ninguno de sus compromisos cognitivos, bajar la intensidad, digamos, el ejemplo que me pones ahora si los niños van a prender el número del 1 al 100 pero el otro le voy a enseñar del 1 al 6, no me parece; pero darle todo pues tampoco. ¿Qué es lo importante aquí? a mi modo personal y también desde la experiencia que he tenido en procesos de inclusión, es mirar el estudiante hasta dónde puede alcanzarlo y enfocarme en eso, porque es un estudiante que si yo le exijo más pues lo voy a frustrar, le voy a generar ansiedad y pues tampoco es la idea, pero si yo le doy menos no estoy logrando potenciar todo lo que el estudiante puede dar.*

Ahora nosotros somos profesores y partimos de ese hecho, pero un profesor que tiene un estudiante con un compromiso cognitivo, pues no puede tomar las decisiones solo y por eso existe un equipo de inclusión: una educadora especial, entonces ahí es donde uno le dice: “mire esto es lo que yo tengo” o más bien, “esto se supone que debería alcanzar mi estudiante al terminar el periodo académico, el año escolar”.

Pero qué herramientas puedo utilizar, o más bien, hasta dónde podría llegar con ese estudiante, teniendo en cuenta su diagnóstico, entonces tiene una prueba donde dice cuál es su capacidad, se supone que estos estudiantes tienen un diagnóstico, entonces profesionales los han visto entonces ellos saben hasta dónde podría dar el estudiante; eso es lo que yo considero es lo más difícil de tener, no un estudiante con discapacidad, si no yo como profesor qué estrategias voy a abordar, porque yo no me las sé todas y además cada caso es distinto; entonces yo puedo hablar de estudiantes-pacientes con oncología pero pues pueden haber osteosarcomas, pueden haber leucemias linfoblástica agudas, pues a pesar de que todos son cáncer, pues va a tener el medicamento unas alteraciones diferentes en cada paciente. Lo mismo pienso yo que ocurre con los estudiantes pacientes que tienen un diagnóstico de salud mental, digamos que si a mí me dieran a elegir a trabajar con salud mental pues diría no puedo, porque no me siento capacitado para hacerlo, es un reto grande y me toca a aprender así como lo he aprendido con otras patologías pero es algo que a mí me genera una barrera porque no sabría

cómo enfrentarlo, es como cuando uno llega a un colegio y le dicen “tiene que dictar química” pero yo no sé química; más o menos como esa analogía.

Entrevistador. *— ¿Qué procesos cognitivos o mentales son característicos de pacientes oncológicos y se puede atender desde las matemáticas escolares? ¿Cómo sería el desarrollo de este proceso?*

Entrevistado 2. *— Tengo un caso, por ejemplo, de un estudiante precisamente de Oncología, que estuvo en cuidados intensivos y al salir de ahí, de cuidados intensivos se vio afectada su parte cognitiva, el habla, por ejemplo; tuvo que pasar por terapia de lengua, porque en su momento, cuando estuvo en la unidad de cuidados intensivos, estuvo mucho tiempo entubado entonces se pierden ciertas habilidades, el cuerpo estaba rígido y bueno, todo lo demás. El proceso para volver a trabajar con él tomó tiempo no fue inmediato, fueron más o menos 2 o 3 semanas en las que no podíamos ir de lunes a viernes sino solamente un día y en son de visita no era un tema pedagógico, él era estudiante de undécimo y para poder hacer eso fue de la mano de las terapias: terapia de lenguaje, terapia ocupacional, inclusive terapia respiratoria, porque pues tenía que volver hacer su proceso de deglución, después de que estuvo entubado y demás, entonces frente a eso cómo docente yo qué puedo hacer, en ese estado después de haber estado en ese proceso pues no va a tener sentido dar una continuidad a donde habíamos quedado en todas las áreas, entonces hay que volver a empezar lentamente mientras el paciente se vuelve a adaptar; entonces en este caso se hace un acompañamiento, se hace como una valoración diagnóstica, para mirar qué recuerda el estudiante, qué hay que reforzar y qué definitivamente no. Esta valoración diagnóstica no es que sea un instrumento o algo que yo haya creado, que lo haya creado el programa, yo creo que es más una observación a partir de preguntas, como reitero, una conversación cordial porque es como volver a iniciar y a partir de ahí qué es lo que necesito que el estudiante de pronto profundice, recuerde, digamos que son procesos diferentes para cada estudiante pero lo que considero que después de esos procesos de hospitalización en cuidados intensivos, viene un momento como de re-adaptación, y no está condicionada por mi parte como docente, sino de todo un equipo interdisciplinar en la clínica, que ya cuando es el momento y yo lo evidencio ya puedo continuar con el proceso donde estaba.*

Entrevistador. *— ¿Has tenido casos de estudiantes que hayan estado hospitalizados o que hayan estado en condición de abandono hospitalizados mucho tiempo, en donde no tengan un proceso, donde estén desescolarizados, que no pertenezcan a una institución educativa o la educación formal? ¿Cómo se hacen esos procesos de acompañamiento con estos pacientes?*

Desescolarizados sí, conocí dos-tres estudiantes, precisamente por su situación de enfermedad, porque los colegios no los apoyaron y frente a eso nosotros los matriculamos al colegio de origen, al colegio como referente al aula hospitalaria y a partir de ahí se hace todo el proceso educativo bajo el currículo del colegio distrital. Estos procesos que suelen pasar cuando el estudiante deja de asistir al aula regular porque no le brindaron el apoyo, porque vienen de otras ciudades, entonces rompen el lazo con su ciudad de origen, entonces también los desvinculan o por ingresos salariales, uno de los dos papás se tiene que retirar del trabajo y ya no pueden pagar un privado y se vinculan con nosotros al colegio oficial. Conocí una estudiante que era de protección del bienestar familiar, porque su mamá la había abandonado, vivía con la abuela y ella se fue a buscar a la mamá y esta niña tenía cáncer, le hizo metástasis y lamentablemente falleció; la clínica no alcanzamos a matricularla porque para hacer la matrícula debe estar su tutor legal, en este caso es una persona que asigna el bienestar familiar. Son como los casos que te puedo contar desde mi experiencia frente a este tema.

Entrevistador. *_ ¿Cuáles son los parámetros, criterios y/o pautas para decidir que debo enseñar y cómo evaluarlo?*

Pues yo soy de las personas que piensa que uno: es mirar los estándares básicos de competencia, los de DBA y los ejes temáticos que propone el colegio. ¿Cómo enseñarlo? Yo lo hago de una forma palpable, con material didáctico como les decía que cumplan las normas de bioseguridad, la Secretaría de educación nos dio algunas herramientas, las otras las hemos trabajado con Claudia Castro en prácticas anteriores, algunos materiales todavía están en versión prototipo, pero digamos que funcionan en el aula y por medio de esto lo puedo trabajar.

¿Cómo evaluar? Yo creo que la evaluación tiene muchas formas, o sea hay muchas formas evaluar el proceso educativo, yo creo que al interactuar, por ejemplo, un juego didáctico yo puedo estar evaluando el estudiante, cuando él hace algún ejercicio, cuando él escribe, realiza una operación; ahí yo también puedo estar haciendo un proceso evaluativo y además lo puede ver como proceso, no simplemente como bueno, hizo tal actividad sacó 5, luego hizo otra actividad y sacó 4 y al final saco un promedio; creo que no, porque además al ser una educación personalizada pues yo tengo que estar viendo el proceso semanal, porque en mi caso las matemáticas se ven una vez a la semana, yo tengo que mirar ese proceso pero además mirar si efectivamente el estudiante adquirió o no ese eje temático que propone el colegio de origen.

Para responder a la pregunta ¿cómo lo hago? lo hago con material palpable, lo hago también muchas veces con aplicaciones en tablets y juegos interactivos, geogebra para el caso de matemáticas, para pensamiento métrico, espacial si? entonces yo digo que es un mar de herramientas que se pueden emplear, pero algo que personalmente yo creo, es que las matemáticas deben ser palpables, por lo menos deben dar un paso más allá de lo que se ha acostumbrado en el aula regular y que los mismos estudiantes lo expresan cuando llegan al aula hospitalaria.

Entrevistador 2. *_ Hemos escuchado que hay unas formaciones a propósito de las aulas y ahorita te escuché de la inmaculada que sería un aula especializada para cosas de salud mental o relacionada con ello la otra sería La Paz, que fue donde el entrevistador 1 tuvo la experiencia donde detona muchas cosas y demás preguntas que nos hacemos. Las formaciones que se tienen en este espectro, porque entiendo el trabajo interdisciplinar con los psicólogos, las especialidades, los médicos, todas las cosas que ustedes han aprendido y que manejan que uno no considera en un aula regular; ese tipo de cosas tienen un tipo de capacitaciones o de formaciones, ¿esos espacios que se consideran allí si tienen unas formaciones particulares o las formaciones son espectrales y globales?*

Entrevistado 2. *_ Yo creo que eso depende mucho del servicio pediátrico al cual vamos a trabajar, en mi experiencia no he tenido una cambio radical en mi práctica o en mi quehacer con los pacientes que estando pensando un poco en la unidad de quemados, de trasplantes, salvo digamos los que no pueden usar sus manos entonces yo me convierto en sus manos; ese tipo de ajustes que se pueden ver porque bueno el niño llegó con las manos quemadas y evidentemente no va a poder escribir pero puede hablar, se puede expresar de otras formas, tiene otras formas de comunicación que yo también tengo que trabajar frente a eso, eso uno lo aprende en la práctica y yo lo aprendí con los profesionales de la salud, ellos saben cómo sería ese abordaje en términos de lo que yo le puedo exigir al estudiante, en preguntarle, en escribir, ya el componente pedagógico lo pongo yo; pero digamos que nos hayan dado una herramienta global para: "mire estas son las herramientas para trabajar con un paciente oncológico, estas son las herramientas para trabajar un paciente de salud mental" No, no lo veo así y por lo menos a no ser que yo me haya perdido en el lapso de tiempo que no estuve en el programa, porque*

es posible, pero pues nadie me informó, me capacitó, me dio las herramientas para tal fin, entonces creo que es más situado, es un tema más situado más del tipo de servicio que tiene la clínica o el hospital y que lo que uno pueda aprovechar con los especialistas de cada tema pero yo diría que es más como espectral, en tus términos no sé si está bien empleado.

Entrevistador 2. *Más o menos, se tiene que, cuando se enfrentan a una determinada situación en una clínica en particular dependiendo del equipo que este puede haber un acompañamiento profundo y un aprendizaje pues empírico; entonces eso ya también nos responde pues que, si no está en ese nivel global esa estructura, pues, mucho menos en la particularidad de la parte de salud mental.*

Entonces, la otra pregunta que tendría ahí, en términos de lo último que contestaste de las matemáticas con las partes iniciales es, y ya que tú conoces del mundo de las matemáticas escolares; tu sabes que, en las aulas regulares, en las aulas de neurotípicos nosotros consideramos el trabajo en matemáticas desde unos conocimientos básicos asociados con unos contextos, asociados con unos procesos. Los contextos, en las experticias y las experiencias que tú nos planteas, pues claramente se ven y eso nos bota al ejercicio de las condiciones, de los tiempos, de los espacios, de los recursos. Los procesos también nos los planteas a partir del ejercicio de reconocer cosas de intereses, reconocer cosas de curiosidades, exploraciones y de generar unos métodos de gestión e intervención que muevan el conocimiento de acuerdo a esos intereses y a esos puntos de los estudiantes.

Pero, volvemos al punto de los conocimientos básicos, que, por ejemplo, si no hay función cognitiva comprometida, está asociado desde el marco de los estándares, que claramente están pensados desde un punto de vista escolar regular. Tu como profe, y en la experiencia que has tenido como profe de aula regular y también de AH, y las experiencias que tú has tenido ¿tu consideras que, en las situaciones de salud mental, pacientes con unas funciones cognitivas comprometidas, los conocimientos básicos habría que pensarlos desde la misma estructura o habría que pensarlos desde procesos y contextos, y no desde los otros conocimientos?

Entrevistado 2. _ Yo partiría del sujeto, es decir, de la persona que de acuerdo a su, diagnóstico, que tanto comprometido este, tendrá que hacer ciertas funciones o ciertas interacciones con otras personas con otros pacientes y que ahí hay en juego unas matemáticas básicas unos conocimientos que permiten comunicarnos con el entorno, que es lo que pasa y lo que veo que en muchas ocasiones la salud mental tiene algunas barreras que pueden ser actitudinales, que pueden ser del ser, de su condición o su situación de enfermedad y que no le permite hacer esas interacciones. Si esas personas tienen la posibilidad de hacer unas interacciones sociales pues debería tener unos conocimientos básicos puntualmente de las matemáticas y de otras áreas también que le permitan hacer esos procesos básicos.

Ahora si su condición o situación de enfermedad no se lo permite pues, ya hay que hacer otra cosa, hay que hacer otro tipo de ajuste, hay que adaptarse a su motivación y a sus intereses, pero, además, que de esos ejes temáticos serán funcionales para ellos o no, porque esos estándares están pensados para un aula regular. Pero, entonces para un estudiante de salud mental que tiene comprometida su parte cognitiva, no le va a ser muy útil, quien es el que exige esos ejes temáticos, yo creo que tiene que ser algo que se hace entre el paciente y el docente como, no sé; no tengo la respuesta, pero es un camino que yo escogería si me tocara y estuviera en esa posición como docente.

Entrevista # 3 (entrevistado el 10 de junio del 2021)

Está entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas enfermedades o trastorno mentales catalogadas por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) que afectan directamente a los niños, niñas y/o adolescentes y cuáles son sus procesos característicos respecto de su funcionamiento y tratamiento.

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil, carrera profesional y trayectoria profesional.*

Entrevistado 3. *_ Yo soy psicóloga de la Universidad de San Buena Aventura, soy especialista en psicología clínica de la Universidad del norte, Magister en psicología clínica de la Universidad del norte y Pierce di en psicología clínica de la Universidad del Salvador, soy psicoterapeuta con 18 años de experiencia en el trabajo clínico, asesora en la salud mental pública y docente universitaria hace 15 años.*

Trabajo con pacientes psiquiátricos, hago valoración diagnóstica de paciente que tenga alteración cognitiva en términos de retraso mental, de lo que anteriormente podríamos llamar como retardo, pero en general la psicología clínica no tiene una intervención particular a la discapacidad intelectual, realmente es un trabajo que corresponde a la pedagogía y que corresponde a modelos de terapia ocupacional. Lo máximo que se podría hacer con este tipo de paciente dependiendo del grado de déficit cognitivo o de deterioro cognitivo son procesos de psicoeducación principalmente dirigidos para campo familiar, no se puede hablar de intervención porque nosotros partimos del hecho de que se necesita un grado introspectivo y analítico para poder entender la situación que se presenta, si hablamos de que hay un déficit cognitivo evidentemente el grado de introspección va a ser casi nulo dependiendo del grado deficitario que tenga el paciente.

Yo no manejo estudiantes, yo manejo pacientes, yo dicto clase de psicología en pregrado y posgrado, yo no trabajo como docente con población con discapacidad cognitiva, yo atiendo pacientes psiquiátricos en procesos psicoterapéuticos y con relación a la discapacidad intelectual hago valoraciones psicodiagnósticas especializadas que consiste en determinar el coeficiente intelectual del paciente y el grado de deterioro cognitivo, y la afectación cualitativa en la producción cognitiva del paciente.

Soy asesora de salud mental y tengo un proyecto de intervención de salud mental para población con discapacidad mental y cuidadores, no es un campo pedagógico ni de enseñanza es un acompañamiento psicológico a la salud mental de esta población.

Entrevistador. *_ ¿Cuáles enfermedades o trastornos mentales son más comunes que se presenten a temprana edad en niños, niñas y/o adolescentes?*

Entrevistado 3. *_ La clasificación solamente son dos, la clasificación de la organización mundial de la salud que es el CIE hoy en día versión 10 y la clasificación de la asociación de psiquiatría americana que es el DSM actualmente en la versión 5, no existen más clasificaciones.*

En el CIE-10 la clasificación de enfermedad mental se codifica con una letra f que es equivalente a la codificación del DSM-V, porque no se puede basar en un manual distinto que al DSM-V.

Entonces, a nivel de las enfermedades mentales esta la clasificación de enfermedades mentales para niños y adolescentes, donde tenemos a todo el grupo de la psicosis, donde tenemos la psicosis infantil, el autismo, el asperger, el trastorno de rett, el trastorno desintegrativo infantil, los trastornos asociados al comportamiento el cual más evidenciable es trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tenemos el grupo de las ansiedades que normalmente los niños están asociados a las ansiedades por separación a las fobias escolares y cuadros generalizados a nivel de la ansiedad, cuadros depresivos y algunos trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia, son los trastorno comúnmente que puedes observar al menos con nuestra población, existen algunos otros trastornos por decirlo de esta manera, pero en la población colombiana los que te acabo de mencionar son los más recurrentes.

Entrevistador. *¿Cuál es la forma en que se identifican esos trastornos o enfermedades mentales? ¿Cómo se evidencia?*

Entrevistado 3. *Se identifican a través de una serie de síntomas asociados al desarrollo; por ejemplo, en el autismo, hay una ausencia total del lenguaje, no hay un establecimiento de relaciones sociales, relaciones afectivas, es decir, que hay una serie de logros del desarrollo que se esperan en los niños y evidentemente no están presente, Ya en los casos, como por ejemplo, en los cuadros de ansiedad o los trastornos afectivos, generalmente los cambios se observan en cuanto al escenario escolar cuando escolarizados, por ejemplo, el bajo rendimiento, el aislamiento social.*

Hoy en día tenemos una presencia alta de autolesiones no suicidas, es decir, que los niños se están cortando parte del cuerpo y con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad siendo la patología más mal diagnosticada en esta época, porque en los colegios empezó a desarrollarse una idea particular de que todo niño inquieto era hiperactivo, de hecho, irresponsablemente las pedagogas empezaron a decir que los niños eran hiperactivos. Es importante señalar que las únicas personas que pueden diagnosticar un TDAH, son neuropediatria, psiquiatría infantil, asociado con una valoración o de neuropsicología o de psicología clínica, como es una alteración de orden genético implica alteraciones neurológicas, debe haber exámenes, imágenes diagnósticas que permitan corroborar la alteración a nivel cerebral. De hecho, hay una estigmatización masiva frente a ese tipo de patologías.

Son las más recurrentes entonces aparecen una serie de signos, una serie de síntomas, se evidencian en los diferentes contextos, en lo escolar, el familiar, el relacional, y de allí dependemos mucho de la observación de los padres, dependemos mucho de la observación del ambiente escolar que es quienes generalmente hacen primeramente esa detección temprana y de allí las valoraciones de psiquiatría infantil y psicología clínica.

Entrevistador. *De esas enfermedades y trastornos mentales, algunos son permanentes, temporales ¿cuáles son los lapsos de tiempo en los que varía para los niños, niñas y/o adolescentes?*

Entrevistador 3. *Son enfermedades endógenas, quiere decir que son genéticas, van a estar presentes por el resto del ciclo vital, las que tienen que ver con el autismo, asperger, la línea de la psicosis infantil, las que tienen que ver con el cuadro de TDAH, las que tienen que ver con el cuadro de retraso mental. Las enfermedades asociadas a la depresión, las enfermedades asociadas a la ansiedad, a los trastornos de conducta alimentaria, son trastornos de orden exógeno, es decir, que son desencadenadas por situaciones del ambiente que ponen al niño en una condición de riesgo, en una condición vulnerable, y que, bajo una condición de*

tratamiento especializado, responden adecuadamente al tratamiento, vs a las endógenas que las patologías siempre van a estar presente.

Yo no creo, pero sé que a diferencia del autismo particularmente y del TDAH que afecten un escenario escolar, hoy en día de hecho los colegios tienen unos muy buenos programas que dan acompañamiento a patologías personalizado a patologías determinadas, es decir, un niño con autismo no puede tener un proceso de escolarización normal, no hay manera, un niño con retardo mental no puede tener un proceso de inclusión en términos escolares igual, porque su capacidad cognitiva es inferior y un niño con TDAH que no tiene ninguna afectación a nivel de coeficiente intelectual si debe estar en un encuentro personalizado con muy pocos niños, porque al haber esta problemática en términos del control de los impulsos, en términos del manejo atencional, obviamente debe haber una disminución importante de los estímulos que se encuentran a su alrededor.

Pero hoy en día, que se puede decir que en los escenarios escolares tienen limitaciones en la intervención, yo siento que está asociado a la calidad socioeconómica relacionada a los pacientes a que no encontremos hoy en día trabajos teóricos investigativos avanzadísimos en el mundo que nos demuestre procesos de inclusión importante para niños con patologías severas.

Entrevistador. *— ¿Cuáles de los trastornos mencionados exigen que el paciente sea internado y cuáles trastornos permite que el niño, niña y/o adolescente tenga la posibilidad de continuar con su vida cotidiana, normalidad y su proceso escolar?*

Entrevistado 3. *— Todas las enfermedades mentales tienen la condición de generar un proceso de hospitalización siempre cuando la sintomatología se agudice, es decir, que no hay acepción en términos de decir, este grupo entra o no entra, mientras la sintomatología se agudice, es decir, mientras la sintomatología sea grave, mientras no haya un tratamiento especializado, términos de acompañamiento psicoterapéutico, de adherencia psicofarmacológica la probabilidad de recaídas es bastante alta, sumado a que nosotros como Colombia, tenemos un precario sistema a nivel del plan obligatorio de salud y a eso sumémosle que tenemos una precaria atención a nivel de la salud mental.*

Entrevistador. *— ¿Cómo es posible identificar o caracterizar los procesos de los estudiantes en el caso en el que se encuentran en un ámbito hospitalario o en el caso en el que pueden asistir a la escuela bajo un proceso más personalizado, comparten las mismas características o son diferentes?*

Entrevistado 3. *— Hoy en día, por ejemplo, con el PIAR que es este proyecto especializado para poder desarrollar planes académicos dirigidos a niños con discapacidad intelectual, sea ajustan, lo que pasa es que también hay que entender, que la discapacidad para nosotros en psicología clínica y en psiquiatría hay solamente una y es el retardo mental, el síndrome de Down, las parálisis cerebrales, otro tipo de afectaciones no son enfermedades mentales, entonces el manejo es distinto y diferenciador.*

Cuando estamos hablando de un niño con un diagnóstico de retardo o retraso mental, de esta discapacidad cognitiva, o la inteligencia límite, que es el borde line entre tener una inteligencia normal y una inteligencia con retraso pues se pretende y se espera que evidentemente el educador este dirigido a que la educación sea especializada, de acuerdo a la clasificación de retardo que tenga el niño leve, moderado, profundo o grave, pues su adquisición a nivel de aprendizaje va a estar entonces asociada a la posibilidad de lo que él vaya aprendiendo en la medida en lo que el niño va avanzando, el que tiene mejor pronóstico

es el retardo leve, los estudios han demostrado que un acompañamiento especializado pueden llegar a terminar el bachillerato y hacer algunas actividades, no de orden universitaria profesionalizantes, pero si algunos técnicos; en el retardo moderado difícilmente encontramos que llegan a superar primaria y obviamente en el escenario de grave y profundo es supremamente imposible. De hecho, que ahí viene todo el tema, de desarrollo de hábitos y autocuidado; y una de las técnicas muy a la línea conductual que se utiliza son los pictogramas que se utiliza también con pacientes, con una discapacidad mental distinta. Por ejemplo, el síndrome de Down, porque aquí lo que trabajamos es más el desarrollo de hábitos, reconocimiento de condiciones adaptativas que los niños no tienen, no se adhieren, no porque no quieran sino porque obviamente por la condición cognitiva la posibilidad de entender como la cualidad de lo adaptativo se desdibuja.

Pero, en términos de lo escolar, yo parto de una idea y es..., creo que las mallas escolares están pasadas de moda, es decir, tengo 40 años, yo no puedo pretender que los niños de hoy en día estudien de la misma forma como yo estudié y hasta tu estudiaste, yo creo que hoy en día definitivamente el proceso académico debe estar dirigido a el desarrollo de competencias personales y así mismo una discusión profunda sobre que el proceso de escolarización deje de ser aversivo y tercero que no necesariamente lo que se aprende en la escuela es funcional para la vida adulta. Entonces, seguramente si yo me encuentro con el chiquito súper matemático vs al chiquitín que es artista, bajo ese perfil yo debería establecer un plan de desarrollo académico que se ajuste a las necesidades cognitivas del niño y a las cualidades, y a las competencias, de hecho, se llaman las competencias blandas, porque no se aprenden, sino que vienen contigo, a eso le deberíamos apuntar.

Qué veo yo con mis pacientes, yo he tenido niños desescolarizados, porque muchas veces el colegio se vuelve una presión muy aguda para la sintomatología del niño, yo digo que los niños no deberían llegar a la casa a hacer tareas, las actividades escolares, deben ser en la escuela, no se trata de estudiar en una escuela estrato 10, o en el estrato 1, sino que se trata que las actividades académicas deben quedarse en el escenario académico y que cuando el niño llega a su casa debe desarrollar actividades individuales, personales, familiares, pero no ser una extensión de un escenario aversivo.

Es muy curioso, porque no sé qué hago yo hablando con una licenciada en matemáticas de enfermedades mentales, que además me parece súper enriquecedor lo que estás haciendo, pero fíjate que la gran discusión es para ustedes los licenciados, los pedagogos, en estas construcciones curriculares que están bien siglo XVIII. Hoy en día tenemos colegios con unas miradas súper interesantes, pero con unos costos altísimos y que no están dirigidos infortunadamente a toda la población en términos de la accesibilidad; hoy en día con los niños con colegios particulares de cierto nivel económico, con una alternancia y un nivel bioseguridad muy bien manejado vs los chiquitines en colegios públicos donde tenemos una situación aún bien compleja.

Entrevistador. *_Mira que yo en una de las prácticas tuve la posibilidad de vivir la experiencia, de trabajar con chicos que padecían enfermedades psiquiátricas en la clínica La Paz, y todo lo que tú dices me sucedió, es por eso que me surgió esa preocupación de investigar sobre que se podría fomentar o desarrollar respecto a estos estudiantes, porque el trabajo es distinto.*

Hay un programa y este está acobijado por AH, y yo tenía en el aula 12 chicos, todos con diferentes enfermedades psiquiátricas, y es como “vaya mire que hace, porque lo que en

realidad queremos es que continúen con sus estudios”, pero en realidad no había un proceso personalizado, para cada uno de los pacientes porque ellos estaban en la clínica.

Entrevistado 3. _ Pero fíjate que ahí yo creo dos cosas; 1. de mis grandes escuelas fue la Clínica de La Paz que fue uno de mis primeros trabajos y duró un muy buen tiempo, 2. Yo creo que hablar de una escolarización pensada para pacientes psiquiátricos es una estigmatización y es discriminación, la educación debe ser una, y si creo que debe ser distinta para una discapacidad mental que es muy distinto a una enfermedad mental, una enfermedad mental es una alteración comportamental y emocional, una discapacidad mental es una alteración del deterioro cognitivo del coeficiente intelectual, son dos cosas muy distintas.

Yo creo que la manera de ayudar a estos niños en el colegio, más allá del hospital, porque no deberían llegar al hospital, es que muchas de las asignaturas estén dirigidas a una comprensión de la salud mental y la salud mental no es ausencia de enfermedad mental; la salud mental está definida como la OMS, como la calidad y bienestar de vida, ¿qué afecta tu calidad de vida?, como yo le digo a los chicos en la universidad, si usted no tiene para pagar el próximo semestre eso afecta su calidad de vida, sí; eso quiere decir que bajo esa óptica, tienes una afectación de tu salud mental. En los colegios no se habla de la salud mental, los colegios se alarman cuando un niño se suicida, los colegios se alarman cuando un niño se corta; pero, nos invitan a los psicólogos a hablar de la patología más no hablar de la salud mental, no tenemos una cultura de hablar de la salud mental.

Entonces, eso sería lo primero, los colegios todos, independiente del nivel socioeconómico debiesen tener una infraestructura curricular epistemológica que sustente como el escenario escolar y académico, apunta a que la salud mental de la comunidad se mantenga, además, más allá de enseñar clases, que con el respeto que los docentes se merecen no son para mí tan funcionales. Deberíamos tener escenarios donde aprendamos, donde les enseñemos a los niños en extensión con la casa con la familia, el manejo de las emociones, porque eso es lo que pasa con el niño, el niño de abruma ante la emoción y cuando el niño de abruma ante la emoción la única manera que tiene para drenar lo que le está pasando, es intentar suicidarse y ahí te lo vas a encontrar en La Paz, entonces no es que tu tengas que adecuar un sistema escolar para el niño psiquiátrico depresivo eso es una estigmatización, lo que se tiene que adecuar es el colegio, que permea el diálogo con la salud mental y la posibilidad de entender qué situaciones me ponen en riesgo, pero no es que se tenga que pensar en una escolarización pensada para lo psiquiátrico, que es un poco la propuesta foucaultiana, como cuando hablan acerca de la anti psiquiatría, donde no se puede jugar con la estigmatización, no es que yo segregue “acá los enfermos mentales, allá los que están normal”, si hay que diferenciar la discapacidad mental, porque la discapacidad implica una alteración cognitiva, es decir, y no le puedo pedir a un niño con un coeficiente intelectual de 60, que quiere decir que tiene un retardo mental leve que me haga una comprensión analítica a una persona que tiene un coeficiente intelectual de 115, que tiene un coeficiente intelectual normal alto ahí, fíjate que si hay diferencia, y en eso se ha avanzado mucho y han sido ustedes los pedagogos. Pero, yo sí creo que es una categoría de salud mental la que se debe proponer en el colegio.

Entrevistador. _ *Mira que, hay muchas cosas de las que tú has mencionado que hemos discutido con mi director de tesis, y es que precisamente con respecto al programa de AH, existe es una importancia en cuanto a la cobertura; invisibilizando las condiciones de las poblaciones que hacen parte. Entonces, ¿qué se le enseña y cómo se les enseña a estos estudiantes/ pacientes que tienen patología de orden psiquiátrico? Más allá de la disciplina, uno piensa es en el niño, piensa en sus emociones, piensa en su contexto, ¿cómo atenderlos?*

Entrevistado 3. _ Yo ahí corregiría, no tu escenario, sino el escenario en el que estas inmersa y es, no es que yo le puedo enseñar al niño, el niño te va a comprender todo lo que le estés enseñando, mientras cognitivamente tenga la habilidad; creo que el plan interesante o novedoso, (no sé si sea novedoso, solo que no conozco, más porque no he leído, pero quizás las haya) investigaciones acerca de inclusión escolar en el hospital. Pero, yo siento que cuando el niño está en el hospital y llega el profesor acompañarlo en ciertas tareas escolares, que se pierden con la hospitalización siento que lo interesante, reparador y terapéutico de la tarea es traer parte de su mundo externo a su mundo interno, no que sea diferenciador.

Mira, yo supervisaba a mis estudiantes de décimo semestre, estudiantes de psicología en su práctica del hospital de la misericordia el HOMI, que es un hospital infantil, y tuvimos el caso de un niño, con un síndrome gastrointestinal agudo, genético, el cual implicaba, que él no podría salir del hospital, es decir, el niño llevaba muchos años viviendo en el hospital, el niño nunca había ido a una escuela, el niño no sabía que era estar en un recreo, el niño no sabía que era estar en un salón de clases.

Entonces, no estamos hablando de que yo le voy a enseñar, ¡jojo! Que no estamos hablando del paciente que tiene retardo, tú te enfrentas a un estudiante con retardo, la educadora especial debe acompañarte a la luz del PIAR como construir ese plan de asignatura dirigido para ese chiquitín, pero para el niño que tiene una condición de vulnerabilidad mental, que es en lo emocional y lo comportamental el niño funciona desde su normalidad lo que se hace, vuelvo e insisto distintivo y para mí que me parece de hecho muy terapéutico, es poder tener el escenario escolar, en el hospital; sabes específicamente qué es, el no modificar la rutina, porque a eso, ese escenario de modificación de la rutina, es donde realmente la patología impacta, cuando tu revisas el DSM-V, vas a encontrarte un criterio que dice, <<la afectación es clínicamente significativa que impide el adecuado funcionamiento en las áreas del paciente>>.

Entonces, fíjate que cuando yo soy capaz de acompañar desde la rutina la dificultad, es distinto; porque el niño no pierde la línea escolarizada, pero, no es esta pregunta de ¿yo qué les voy a enseñar?, lo que tú sabes las matemáticas, pero como la matemática que realmente está pensada en una competencia estratégica para aprender a resolver problemas y pensamiento crítico, como yo le ayudo a resolver su problema interno, no como psicoterapeuta porque no lo eres, pero como la habilidad matemática de resolver una operación, me pueden llevar a entender como esas operaciones mentales que a mí me generan angustias y me genera caos, pero no es que tengas que montar algo diferenciador a no ser que vuelo insisto de tenga una discapacidad mental que ahí si me genera una diferencia.

Estaba pensando dado que se nos agota el tiempo, y es, lo que yo te comentaba al comienzo de la entrevista, yo trabajo, tengo un proyecto de acompañamiento de salud mental para población con discapacidad más no la intervengo, pero si quieras, el equipo que trabaja con ellos con discapacidad, fue estudiante mía, es terapeuta ocupacional, yo le dictaba semiología psiquiátrica, yo me veo con ella, si quieras le puedes decir, que si la puedes entrevistar, porque ella trabaja con la Alcaldía de Chocontá, trabaja con el programa de vida sensorial y discapacidad, y ellos si tienen montada la infraestructura para hacer el acompañamiento pedagógico, de la población con esta condición. Y ella si te responde todo esto tema de escuela que tú me has preguntado.

Entrevista # 4 (entrevistado el 11 de junio del 2021)

Está entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas metodologías, modelos de atención, de intervención pedagógico que atiendan población diferencial, centrándonos en la discapacidad mental como una de las enfermedades psiquiátricas existentes, haciendo énfasis en la educación especial y los procesos de inclusión educativa.

Entrevistador. *_ Bueno, voy a empezar con la entrevista. Tú me dices si se ajusta o la cambio, porque ya me pasó... iba aplicar esta entrevista, que es desde la educación especial y en realidad es enfocada más en lo clínico, entonces tú vas mirando en qué me puedes ir colaborando en lo que te vaya a preguntar.*

Entrevistado 4. *_ Bueno, pero cuénteme... me gustaría saber bajo qué enfoque lo estás haciendo... porque de ahí depende todo, ¿Cuál es el enfoque que estás haciendo tu trabajo? Es un enfoque social, derecho, biomédico, caritativo... ¿Qué enfoque le tienes?*

Entrevistador. *_ Yo soy estudiante de la licenciatura en matemáticas, debido a la experiencia que tuve en un programa que se llama Aulas hospitalarias en una de las prácticas, las tuve en la clínica La Paz, que es con estudiantes que padecen enfermedades psiquiátricas... Allá tuve la posibilidad de trabajar con ellos, pero había como muchas inconsistencias desde el trabajo que se hace desde lo educativo, desde lo escolar para con estos estudiantes, dado que el escenario cambia, ya no es el aula regular, sino que en ese momento es lo hospitalario. Además, padecen enfermedades psiquiátricas y todas las enfermedades psiquiátricas de por sí son diferentes, tienen unas características y síntomas distintos, entonces debido a esa experiencia pues yo me enfrenté a que yo desde mi área o desde las matemáticas ¿Cómo enseñar y qué enseñar? O ¿Cómo hacer que los procesos de escolarización de estos pacientes que se encuentran hospitalizados o en esta clínica, pudieran continuarse? Entonces debido a eso fue que nació la propuesta de identificar desde lo que hay, porque no había mucho, la verdad, no hay como propuestas que se enfoque en el trabajo de estos estudiantes/pacientes con enfermedades psiquiátricas desde lo escolar, es decir que, que digan... ¿cómo estos chicos pueden continuar con sus estudiantes? ¿qué procesos? ¿o caracterizar esos elementos que de pronto permitan atender a esta población diferencial? Entonces esa es como la idea general de la tesis.*

Entrevistado 4. *_ ¿Puedo hacerte un aporte frente a eso?*

En el enfoque actual, y en lo que se trabaja actualmente... tú estás hablando de *padecimiento*, por ejemplo... te voy a hacer algunas correcciones de lenguaje para ver si de pronto lo puedes incorporar y te va a quedar mucho más inclusivo, lo que quieras hacer. Cuando tú dices “personas que padecen enfermedades psiquiátricas” hay varias cosas ahí: “Padecen” viene del enfoque caritativo, del pobrecito, del sufrimiento y demás... Y cuando dices “enfermedades psiquiátricas” estás patologizando y estás metiéndote en el enfoque biomédico netamente, entonces... Qué opinas si le colocas “Personas con diagnóstico en salud mental”, eso puede ser una, o “Personas con discapacidad psicosocial” que puede ser otra. Cuando hablas de **discapacidad psicosocial**, que esto todavía no se entiende, estamos en un proceso... mira llevo en esto casi 20 años trabajándolo. Porque es que discapacidad psicosocial NO son diagnósticos psiquiátricos, esto es enfoque de derechos, eso es lo que está, digamos, es lo actual, es lo que se maneja a nivel país, a parte que tienes una oportunidad inmensa, porque Colombia es el primer país en el mundo que reconoce a la discapacidad psicosocial dentro de la 1618, que es la Ley de discapacidad del país. ¿Por qué te desmarco de un punto netamente psiquiátrico? Porque las recomendaciones internacionales, de naciones unidas y demás, lo que

apuntan -inclusive ayer estuve en una conferencia con la OMS- a que se debe hablar de personas, no de diagnósticos, ¿sí? Porque tenemos que des-patologizar, tenemos que desmanicomializar... Ayer, por ejemplo, lo que se planteaba era que a futuro se tiene que eliminar todos los psiquiátricos, que esa es una ordenanza que viene desde Naciones unidas, entonces clínicas como La Paz van a desaparecer en un futuro, todavía no falta mucho para que eso pase.

Sí, yo entiendo que la población que tú quieras atender, a la población que tú quieras impactar son personas que tiene algún proceso de salud mental, solamente estoy haciendo correcciones de lenguaje, ¿si me hago entender?, porque si tu quisieras hacer un trabajo específico en Esquizofrenia, eso es otra cosa, porque eso es más clínico, es más particular y demás... Pero tú dices "Personas que padecen enfermedades mentales" ... No, quítate el rayón de la cabeza de que "padecen". ¡Viven una condición de salud mental, viven un diagnóstico en salud mental! Y no solamente es psiquiátrico, porque también hay condiciones en salud mental que no solamente son psiquiátricas, también son psicológicas, son ocupacionales... Hay otras condiciones en salud mental importantes. Entonces mira que es mucho más grande en concepto, te puede impactar mucho más, te puede dar otros alcances un poquito "más bonitos", ¿por qué te digo "más bonitos"? Porque si usas la palabra "discapacidad psicosocial" te estás metiendo en un enfoque de derechos, tienes un marco legal de gran soporte ahora en Colombia, que se sigue trabajando, por ejemplo, tienes un compes en salud mental, tienes una Ley 1618 -que son los monstruos-, tienes una ley de salud mental, que te da un soporte político para tu trabajo, desde lo político, desde lo legal.

Pero, por otro lado, cuando hablas de **discapacidad psicosocial** no solamente estás hablando de personas que están diagnosticadas, ¡Ojo! Porque eso te abre la puerta, por eso les da miedo hablar de discapacidad psicosocial, y siempre te encuentras "discapacidad mental", "discapacidad mental", "discapacidad mental" y eso es lo que se está transformando... Cuando hablas de discapacidad psicosocial hay un elemento que es muy importante y es el **reconocimiento**, muchas personas no van a las clínicas psiquiátricas, ni tienen un psiquiatra ni un psicólogo, pero tienen unas condiciones de salud mental muy importantes que no les permiten participar en igualdad de condiciones que los demás. Te voy a poner un ejemplo a nivel académico: Estudiantes que rotan y rotan y rotan y rotan y rotan en diferentes instituciones y cuando te das cuenta tienen 16 años y no han salido de séptimo, de segundo de bachillerato, ¿cierto?, y no porque tengan problemas cognitivos, ¡AA!, hay un elemento psicosocial importante de comportamiento, de interpretación del mundo, de relacionamiento... y eso es discapacidad psicosocial, ¿si me hago entender? Es para que amplíes un poco la visión que tienes, más allá de un diagnóstico en particular, de una patologización psiquiátrica, porque desafortunadamente a eso tienden los trabajos que tienen que ver con salud mental...

Por eso vuelvo y te digo, y te preguntaba en el principio: ¿Cuál es el enfoque que le tienes? Yo te estoy dando el enfoque de derechos que es el actual, es el que se está implementando en el país, de ahí nacen todas las políticas públicas, todas las acciones y demás, pero no se centra en diagnósticos, se centra en la interacción que tiene la persona con sus características y el entorno.

En tu caso, las personas que tiene unas características de salud mental, llámese el diagnóstico que sea, o puede que no tenga un diagnóstico, vuelvo y te lo digo, pero la persona SÍ se reconoce, porque ahí va el elemento clave, dice "sí, yo tengo problemas, porque es que no puedo estudiar bien, no me entiendo con la gente, no me aguento un mes en un salón... pero sí, tengo dificultades", eso es reconocimiento, ahí se puede abordar de una manera diferente. Entonces tiene estos elementos, no puede participar en igualdad de condiciones y, además, lo que más genera la discapacidad psicosocial es el estigma, entonces "Ah, claro. Él es el

problemático, él es el loquito...”, entonces vienen todos estos términos, que son realmente en esencia los que generan la discapacidad psicosocial.

Entonces tú tienes dos líneas: o te metes por la parte psiquiátrica, clínica; o te metes por el lado de discapacidad psicosocial, que tienes que hablar netamente de inclusión, ¿qué te recomiendo? Inclusión y discapacidad psicosocial, ¿por qué no por la parte clínica? Porque es que tú, como docente de matemáticas, no vas hacer intervención clínica, ese no es tu rol, tú desde las matemáticas no puedes hacer intervención clínica en psiquiatría. Ahí es donde, mira, cómo se abre la puerta, y esa es la gran diferencia, tú estás pensando en una tesis que tenga que ver con salud mental, ¿no sé si me hago entender?, no sé tú qué opinas...

Entrevistador 2. *No, pues lo que yo opino de lo que estoy escuchando es... básicamente, yo te podría responder que, yo estoy fungiendo como el director del entrevistador 1, en esta titánica tarea, y realmente nosotros no tenemos un enfoque definido, porque la investigación es de tipo exploratoria, y precisamente la investigación es de tipo exploratorio porque desde el marco educativo y desde el marco legal educativo no tenemos unas caracterizaciones y unas priorizaciones que nos den una línea particular frente a diversas condiciones. Entonces en el marco educativo nosotros tenemos todavía ahorita un marco de inclusión, que incluso desde lo educativo está botándose hacia el ejercicio de los DUA y los diseños universales en procesos de escolarización.*

Sin embargo, la experiencia que tuvo el entrevistador 1 en la clínica La Paz detonó todos los elementos de empezar a pensar en este tipo de cosas, tenía una línea muy de la copio de no escolarización, de no proceso escolar, sino de proceso de acompañamiento, pero tenía una línea muy dada desde lo clínico. Entonces cuando empezamos a ver esas distancias, nos fuimos a otras aulas hospitalarias y a otros países, y cambia mucho... entonces entre un lugar y otro lugar, un espacio y otro espacio, lo que venimos a encontrar es que hay unos documentos normativos, en algunos casos, que dan unas líneas con unos enfoques, como tú lo estás mencionando, pero en otros casos, hay un ausencia de los documentos normativos, y en otros casos, hay otros documentos normativos que tienen otra línea y otro enfoque, pero dentro de lo actuario y lo escolar no hemos encontrado. Entonces precisamente nos fuimos hacer una investigación de tipo exploratorio y cualitativo, y a buscar expertos que plantearan todos estos puntos que tú estás planteando, por ejemplo, ayer tuvimos reuniones con unos psiquiatras y con otros psicólogos, entonces ellos nos dicen... efectivamente cada uno nos plantea unas experticias que nos aportan y nos permiten empezar a caracterizar, qué es lo que se está viviendo y hacia a dónde se va... Y lo que nosotros queremos es encontrar eso; es encontrar desde lo educativo cómo podemos dar respuesta en lo que está ocurriendo desde las distintas experticias, nosotros no estamos casados con un enfoque por lo mismo que encontramos en el análisis documental, y es que, hay una diáspora de enfoques, pero no hay una línea de acompañamiento particular.

Pero, por ejemplo, ya corregiste una cosa que me parece interesante, que lo hemos estado discutiendo con el entrevistador 1, esta semana lo discutimos, el entrevistador 1 me desmiente, y fue el uso del “padecimiento”. Ya esta semana estuvimos hablando precisamente que “padecer” era un asunto como que tal vez no era el más afortunado en estos momentos de acuerdo a las condiciones y tú ya nos lo confirmas. Entonces lo que estamos haciendo con todo este ejercicio es recorrer a un montón de expertos que sí han tenido las experticias y que nos pueden decir, precisamente, desde esas experticias tanto en lo normativo, como en lo declarado, como en lo actuario, hacia dónde va el tipo de acompañamiento y el tipo de mediaciones que se están gestionando. Puede ser que encontremos que sí es un proceso escolar, puede ser también que encontremos que no es

necesario, no es óptimo, no es adecuado o no es afortunado en todos los casos mirar un asunto de acompañamiento escolar, sino de mediaciones educativas que en el marco nuestro sabemos que es distinto, es digamos parte de todo lo que estamos buscando en términos del ejercicio la investigación y de lo que se está buscando. Porque la preocupación es precisamente esa: los profesores de matemáticas, o cualquier otra área, los profesores los formamos, pero... y ahorita estamos intentando formar en términos de los procesos de inclusión, sin embargo, en esos procesos de inclusión hemos encontrado unos huecos importantes. Uno de los huecos más importantes que tenemos ahorita de desconocimiento e invisibilización tienen que ver con la salud mental, con la condición y situación de la salud mental. Entonces ahí estamos buscando cómo dar un posible norte para encontrar qué hay.

Entrevistado 4. _ Ah, perfecto. Entonces estamos hablando de lo mismo, eso me gusta. Sí, yo pienso respecto a esto... a mí me llamó mucho la atención cuando Olguita me comentó el asunto, y me puso a pensar ¿bueno, y qué hace un docente de matemáticas en discapacidad psicosocial, por ejemplo? Entonces, desde su parte instrumental, o desde su quehacer un montón de cosas, es impresionante, porque ¿qué pasa? No voy a meterme en diagnósticos particulares, pero voy hablar de maneras genéricas: Muchas personas que tienen experiencias en salud mental, que tengan vivencias en salud mental consumen muchos medicamentos, estos medicamentos psiquiátricos tienen un impacto muy grande a nivel de la atención, a nivel de la concentración y a nivel de otras funciones mentales superiores importantes, aquí te estoy hablando de una parte de intervención del docente de matemáticas, o sea, yo no quiero que me entiendan que eso solo hablamos de derechos, no, hay que entender el contexto político y práctico. Me preocupa que me digas “Yo no me caso con un enfoque”, uno no se debe casar con un enfoque, pero hay que tener en cuenta que todos los enfoques se complementan, pero yo tengo que tener una línea clara. Si por ejemplo en este caso de este trabajo, yo digo “bueno, me voy a meter entonces con enfermedades mentales” entonces no estoy hablando de inclusión, estoy hablando desde el punto de vista biomédico, si yo coloco no más el término de “enfermedades mentales” estoy hablando desde un enfoque biomédico, pero si yo hablo de discapacidad psicosocial ¿qué pasa? Yo tengo dos grandes opciones: primero, puedo hablar netamente de salud mental no comprometida; y los que sí tienen un compromiso en la salud mental, que es la gran mayoría. Que se reconozcan o se identifiquen como personas con discapacidad psicosocial eso es otra cosa, es diferente, pero cuando yo entiendo que mi trabajo de grado está orientado hacia dónde va mi intervención como docente de matemáticas en discapacidad psicosocial, que así lo estoy entendiendo, se me abren muchas posibilidades. Por supuesto que puedo hablar desde la parte de intervención, sin hacer clínica, y esta es una discusión que he tenido con muchos docentes, con muchos estudiantes... que digo “es que usted es docente, usted no es terapeuta, no se puede cambiar eso”, o sea, cómo desde mi quehacer como profesor de matemáticas yo hago una intervención que me facilite la inclusión ¿me hago entender? No estoy hablando de terapia, estoy hablando de una clase de matemáticas “x”, “y” o “z”, que me mejoré mis procesos de atención, de concentración, de memoria, de un montón de cosas, de interpretación del mundo, porque la matemática me parece fabulosa es por eso, porque me ayuda a interpretar el mundo, ahí es donde yo le encontré el “ganchito” a todo este proceso que me están compartiendo, y se los agradezco. Entonces mírenlo por ahí, pienso que lo deberían ver por ahí...

Claro, depende del psicólogo o el psiquiatra con el que hayan hablado, porque si es un psiquiatra que no tiene enfoque de derechos pues evidentemente no sé qué habrá podido decir, pero si es un psiquiatra que tiene una apertura de inclusión cambia el discurso, si es un psiquiatra joven cambia el discurso, si es un psiquiatra ya mayorcito cambia el discurso, ¿sí? Porque inclusive dirán ¿y eso para qué? Te lo puedo decir por experiencia, porque no hay

cabida, para muchos psiquiatras tristemente y en Colombia todavía existe que dicen “¿para qué incluir a personas con enfermedades mentales? ¿para qué?... ellos que se queden en la casita, se tomen el medicamento o en la clínica” y se acabó en asunto... porque eso es un problema social, yo lo he escuchado, por eso lo traigo a colación, esos elementos que me parecen importantes...

Tú mencionabas algo muy clave, entrevistador 2, y es el tema de la ley 1421, ahí hay elementos muy importantes y hay algo muy interesante: no hay nada de discapacidad psicosocial, se habla de otros tipos de discapacidades. Mira, yo estuve en la construcción de ese documento, no fue posible incluir elementos para que facilitaran la inclusión educativa en discapacidad psicosocial porque hay un gran desconocimiento y creo que logramos incluir algo sobre sistemas de apoyo, eso es muy grande y ahí entran muchísimas profesiones, muchísimas personas que pueden sumarse sin que sean terapeutas, sin que sea un manejo clínico... que eso es lo que quiero rescatar en esto, no sé ustedes qué opinen...

Entrevistador. *_Pues yo quería continuar con las preguntas para ir complementando, entonces... Desde el enfoque de la discapacidad psicosocial entonces quería preguntar si podías contar sobre esas experiencias atendiendo esa población diferencial, y ¿qué modelos de intervención pedagógica te basas para atender a este tipo de población? ¿qué metodología se implementa? Porque la profe Olguita también me dijo que eres docente, digamos, ¿desde lo escolar cómo atenderlo?*

Entrevistado 4. *_Sí, soy docente, pero universitario. No tan en lo básico, pero sí he hecho algunos ejercicios. Bueno, discapacidad psicosocial... es que depende... depende porque ya en el ámbito académico como tal, identificar a un estudiante con discapacidad psicosocial es muy complejo, porque primero que todo, nadie menciona “Oye, yo estoy tomando...”, algunos sí, cuando yo dicto clase y hablo del tema, algunos sí se acercan y dicen “mire yo tomo algún medicamento, yo pasé por la clínica, estoy en esta situación...” entonces ahí cambia la cosa, pero la gran mayoría no lo mencionan, solamente se identifican cuando, por ejemplo, entran en una depresión y hay ausentismo, entonces no volvieron a clase ¿qué pasó? Ah no, es que está hospitalizado, o un intento de suicidio, cosas por el estilo... Entonces digamos que, un punto importante es la **identificación** dentro ya del aula como tal, otro elemento importante es, bueno, **¿cuál es la metodología realmente para abordarlos y para que los contenidos les lleguen?**... yo pienso que uno de los elementos es tener un lenguaje muy sencillo, a veces nosotros como profesores nos complicamos con demasiados tecnicismos que, por supuesto hay que darlos, pero hay que tratar de hacer un diálogo... lo que yo hago cuando tengo estudiantes con discapacidad psicosocial, bueno y en general, es generar un diálogo... digamos, como que es lo que estamos haciendo acá, tú me cuentas yo teuento, y vamos construyendo, y ahí yo voy reafirmando qué tanto está comprendiendo, o qué tanto está confundido, o qué tanto no le está llegando absolutamente nada de lo que estamos hablando, ¿sí?...*

Lo otro es, elementos muy experienciales, ¿cierto? Lo que yo básicamente dicto es, derechos humanos, inclusión... entonces, dependiendo de la cátedra en mi caso, pues yo busco que ellos encuentren en su entorno inmediato cosas prácticas, no solamente que se queden en discurso, sino bueno, usted cómo lo ve en su entorno inmediato, cómo lo encuentra... en noticias, en su familia, ya como casos más puntuales, en donde yo aterrice todo y no solamente quede en el etéreo. Entonces creo que esos son como los dos elementos, entre otras cosas, pero creo son los más importantes a tener en cuenta a la hora de hacer el ejercicio pedagógico y metodológico, teniendo muy en cuenta cuando yo ya tengo identificado un estudiante, si, por ejemplo, consume medicamentos yo siempre les pregunto “¿cómo se sienten? ¿cómo va el

medicamento?”, aparte evidentemente, entonces me dicen “no, no estoy durmiendo bien” o “me cuesta esto...” o “ya estoy mucho mejor” o “ya me bajaron la dosis”, pero ¿a qué viene este comentario? Simplemente a que, uno como docente, ahí digamos que trasciende un poquito de esa rigurosidad de líneas de poder, ahí estás haciendo un ejercicio de inclusión plena: al generar mucha empatía y al generar confianza en el estudiante, y que te pueda contar sin que se sienta juzgado o señalado, sino al contrario, que se sienta seguro y decir “mira profe, me siento así, así y así” y yo: “ah bueno, perfecto. Si no te sientes bien para la clase hoy, no hay ningún lio, nos ponemos al día después, pero quédate en la clase y trata de compartir, no importan que no puedas presentar el examen” uno tiene que ser flexible... Que no entregó el trabajo, bueno, ¿qué paso? ¿por qué?, no como algunos que “ah bueno, de malas, ese no es mi problema”, a mí me paso inclusive cuando yo era estudiante. Entonces uno trata como de ajustar esas metodologías y ser un poco flexible... aquí uno de los mejores ajustes razonables que uno puede desarrollar con estudiantes es, no solamente es la flexibilización en ciertas cosas, sino generar unos pactos y/o convenios con el estudiante de manera muy personal, o sea, si tú tienes una discapacidad psicosocial llámese como se llame... o producida por, me gusta más “producida por” ... porque discapacidad psicosocial es solo una, que quede clarito, es solo una... que la depresión puede producirla sí, pero la depresión **produce la discapacidad, no es la discapacidad**, para que te quede bien el concepto... que tienes esquizofrenia, okey, la esquizofrenia te produce la discapacidad, pero no es la esquizofrenia igual a discapacidad... Entonces dependiendo de su proceso de salud mental uno genera ciertos acuerdos y pactos para que logre los objetivos de la clase. Esas son como las recomendaciones que yo siempre les doy a los docentes, preocúpese un poco por el estudiante y pregúntele al menos ¿cómo está?, no solamente venga y le doy el “tablazo” de la materia, sino ¿cómo se sintió? ¿sí entendió, no entendió?, o sino no es mi problema... entonces lo analizábamos alguna vez con una docente, no voy a decir nombres, pero de esos que hablamos “las cuchillas” ¿no?, le pasaba el 40% y el 60% se quedaba y uno pensaba ¿y por qué?, empezamos a hacer el análisis y simplemente ella entregaba un pocotón de contenidos y nunca preguntaba ni por qué, ni para qué, sino entregaba y después examen, entregaba y “¡Quiz!”, y no le importaba absolutamente para nada esa interacción con el estudiante, y bueno, eso es de muy “vieja guardia”, pero creo que todavía existen docentes así... en donde ellos dicen “no es que a mí me pagan para enseñarle, no para ser su amigo”, he escuchado frases de esas... Entonces ahí tenemos que replantear como parte del ejercicio...

No sé si ahí te respondí toda la pregunta, me extendí un poquito, pero digamos que es la realidad que enfrenta la discapacidad psicosocial en los ámbitos académicos... y en los chiquitos pues mucho más, porque como se desconoce totalmente, no se hace el ajuste, no se flexibiliza, no se da otros elementos, no solamente flexibilización curricular y de tiempos en entregas de trabajos, sino la forma en cómo yo entrego la información, cómo yo entrego los contenidos también tiene que ajustarse, y pues, en las dinámicas que tenemos de docentes pues dicen “Pero a ver, yo tengo un montón de estudiantes ¿a qué hora yo hago esa personalización o ese ajuste?”, es muy difícil, por eso casi no se hace, y ahí es donde vienen los docentes de apoyo a cumplir con ese tipo de ejercicios también... para que lo tengas ahí como en el radar.

Entrevistador. *_ ¿Qué conocimientos consideras que se deberían desarrollar en estos estudiantes? ¿Qué áreas o dimensiones se deberían potenciar?*

Entrevistado 4. *_ ¿Conocimientos frente a qué?*

Entrevistador. *_ Dependiendo de lo que uno identifique, digamos, el estudiante, tú ponías el ejemplo, sufre de depresión o tiene una discapacidad psicosocial... no conozco el*

contexto. Tiene unas características el estudiante, entonces ¿qué conocimientos yo podría desarrollar en ese estudiante, pensando no solo en los contenidos sino desde...?

Entrevistado 4. _ ¡Todos! Igual, ahí no hay discriminación, ahí no tienes que ser exclusiva, o sea, tú tienes que entregar los mismos conocimientos que le entregas a una persona con y sin discapacidad, el tema es ¡¿Cómo lo entrego?!?, y ese es el reto del docente, o sea, yo no puedo decir “Ah, es que como tú tienes esquizofrenia entonces tú no vas ver español, o no vas a ver sociales”, no, al contrario, ¡Todos! el reto es docente, y el reto es de ver cómo se retroalimenta con el estudiante, que es lo que te acabé de explicar, yo pienso que no se deben diferenciar. Evidentemente, muchas personas con discapacidad psicosocial puede que no sean buenas para las matemáticas, para poner un ejemplo puntual, pero otras pueden ser maravillosas para las matemáticas, te voy a poner un ejemplo, que tú creo que ya viste esa película porque la ha visto muchas personas: “Nash”; Nash era una persona con discapacidad psicosocial y fue un premio nobel ¿ves? Entonces yo no puedo generalizar diciendo “Ah, es que como tengo una persona con discapacidad psicosocial entonces yo le puedo solamente dar esto, esto y esto”, No, yo le doy todo, **el asunto es ver en dónde requiere más apoyo** para que comprenda los contenidos, los desarrolle y los cumpla, puede que no vaya ser matemático o físico, no, no importa, pero **sí que esté en igualdad de condiciones que los demás**.

Entrevistador 2. _ *Te interrumpo un poco ahí con la pregunta y la respuesta del entrevistador 1, en términos de, precisamente, entiendo lo que estás planteando... pero digamos, cuando hablamos con muchos profes, que también estamos haciendo ese ejercicio, incluso yo recuerdo mi experiencia como profe de Aula de colegio, en donde tuve, por ejemplo, un estudiante que tenía síndrome de asperger, si mal no estoy que se dice así, y ahí había un efecto de socialización, un efecto de proceso escolar, como tal, de regularidad. Pero las funciones cognitivas estaban comprometidas, entonces como las funciones cognitivas estaban comprometidas sí había un ejercicio de ajustes razonables que no planteaban el mismo nivel de conocimiento, en términos de contenidos y del ejercicio como tal de los contenidos, sí de los procesos, por supuesto, por ejemplo, en matemáticas el proceso de razonamiento, el proceso de argumentación, pero alejado de las distancias y los planes escolares que se tienen como estándares de alcances de conocimiento asociado. Entonces un poco la pregunta y la inquietud ahí tiene que ver con, creo que dijiste una cosa clave y es, no puedo generalizar y eso... no poder generalizar que por el hecho de estar en una condición y/o situación de discapacidad psicosocial, en el enfoque que nos estás planteando, no puedo darles lo mismo. Pero hacia el otro lado, matemáticamente hablando, pues tampoco puedo generalizar que debo darles lo mismo...*

Entrevistado 4. _ Sí, de acuerdo.

Entrevistador 2. _ *Entonces manteniendo un poco esa prudencia de no irse a los extremos de la cuerda, ahí la pregunta que yo te haría para complementar esto es... ahorita nos planteaste algo y es “identificación”, entonces en las experiencias que por ejemplo que tú tienes de los distintos tipos de identificaciones y de los distintos tipos de situaciones o de condiciones que se pueden presentar y que generan la discapacidad psicosocial, porque ya nos aclaras eso también, en ese espectro posible... Hay alguna forma de que un docente, yo como docente diga “Okey, si me plantean desde la experticia...”, porque no soy terapeuta y es completamente lógico lo que planteas, pero si estoy en este estado del espectro, entonces mi intervención debe asociar unos conocimientos y unas gestiones de conocimiento que estén más particularizados hacia tales lados, hacia tales lados y hacia tales lados... que brindan la equidad, pero respeta la particularidad ¿hay algo tenga que ver con ese ejercicio, o sencillamente en cada caso se va viendo?, un poco ahí estamos mirando esa intención...*

Entrevistado 4. _ Es que eso precisamente es lo que es el DUA, eso es precisamente lo que es el PIAR, por ejemplo, que está en la 1421 ¿cierto?, eso es la esencia... lo que acabamos de hablar es la esencia del PIAR: de cómo yo hago ese plan de ajustes razonables, y eso se va viendo dependiendo la persona ¿sí? Decir aquí que una persona con depresión requiere esto o aquello, sería demasiado irresponsable ¿cierto?, porque es que no existe una persona con depresión igual a otra persona con depresión, o una persona con bipolaridad igual a otra persona con bipolaridad. Aquí, y esa es la complejidad en salud mental, aquí todos los casos son distintos, a diferencia de otros tipos de discapacidad: un ciego es igual a otro ciego, punto, no ve, se acabó la historia, ¿cierto?, eso sí es una generalidad, o un sordo profundo es igual a otro sordo profundo, no escucha, fin de la historia... que requiere un montón de ajustes, claro, y de asistencias y demás, pero en psicosocial eso es como en “botica”, aquí tú me mencionas “asperger” que eso es parte del trastorno del espectro autista... precisamente ayer estaba dando un concepto técnico para el DANE, donde están haciendo la categorización de la discapacidad para temas educativos, precisamente, que están arreglando todas las encuestas que hay para clasificarlos y para ver si pueden por fin arreglar el SIMAD y todo este cuento. Porque ahí aparece “autismo”, por un lado... es un reguero de diagnósticos, pero a la hora del té no hablan discapacidad, y después hablan de discapacidad visual, auditiva y demás... Eso tiene que unificarse, el autismo, como tal, hace parte del trastorno del espectro autista y eso tiene condiciones que pueden generar discapacidad psicosocial, puede generar discapacidad intelectual, puede generar las dos... e incluso yo conozco chicos con asperger que tienen problemas de baja visión, pueden tener hasta baja visión, baja audición, dependiendo de la persona, entonces yo les digo “mire, eso está dentro de discapacidad múltiple” ¿ven?, ahí hay otro abordaje...

Pero en esencial, para pasar de este punto, esto depende de... y yo recomiendo mucho que mirarán ¿Qué significa el PIAR? ¿Qué significan los “sistemas de apoyo” ?, con la ley 1996, ahí hay unos elementos claves y muy importantes para todo lo que tiene que ver con el sistema de apoyos, porque ahí lo menciona desde lo jurídico para la toma de decisiones, pero también tiene elementos muy importantes para determinar el apoyo... y dentro del PIAR, me devuelvo a la 1421, cómo yo hago ese ajuste curricular, esa flexibilización que requiere un estudiante en particular, que evidentemente, no me va hacer un cálculo de trigonometría, por decirlo, no me va hacer una ecuación de la Baldor, por ponerles un ejemplo, no la logra... no la va a lograr porque no le da su proceso de salud mental, su proceso de cognición frente a eso... Y algo muy importante para que lo tengan en cuenta, es que, la discapacidad psicosocial no tiene tantas alteraciones cognitivas, de manera pura, una depresión no te genera tantas alteraciones cognitivas, pero el uso de medicamentos psiquiátricos y crónicos sí generan alteraciones indirectas en los procesos cognitivos de raciocinio, de argumentación y de todo esto ¿cierto?, entonces para que tengan en cuenta otros efectos colaterales que vienen alrededor de todo el proceso...

Volviendo al tema de asperger que me mencionabas, me dices “No este chico o esta chica con asperger que yo tuve, me tocaba hacerle ajustes porque...” bueno, asperger está dentro de esa categoría de discapacidad múltiple, o puede tener elementos muy cognitivos o puede tener elementos muy psicosociales, ¿cierto?, hay asperger que se comunican, socializan, otros que no, no socializan absolutamente para nada, entonces depende de cada uno y depende de esa particularidad es que yo empiezo a desarrollar ese plan académico de flexibilización que es lo que garantiza la inclusión... evidentemente va a tener unos contenidos importantes, va a aprender muchas cosas ¿cierto?, estoy pensando en matemáticas, pero evidentemente quizá no va a lograr lo que está logrando todo el mundo en completo, en conjunto, no quiere decir que está quedado, no, no está quedado, sino que va a su ritmo, y va aprendiendo lo que va dando a

su ritmo, dependiendo su proceso... No sé si con eso aclaren la pregunta, porque eso sí, aquí no hay receta de manera particular en ese sentido...

Entrevistador 2. *Sí, perfecto, yo creo que eso ya conecta con las siguientes preguntas de enseñanza que tiene el entrevistador 1 y de demás ahí, pero entonces a ver si te interpreté bien en el ejercicio y es... Hay una diferencia importante... creo que nos estás poniendo un punto vital y es que, hay una diferencia importante entre la situación asociada a la salud mental y la discapacidad psicosocial vs otro tipo de discapacidades, y es que en otras la condición o la situación sí genera unos resultados más o menos, digamos, que se pueden estandarizar como una ceguera profunda total o una ceguera total, que entonces me genera, si o si, aquel que es ciego total una necesidad de generar otro tipo de lenguaje de intervención, por ejemplo, y conocer otro tipo de lenguaje y demás. Sin embargo, en las condiciones que están asociadas a lo psicosocial por generación o de medicamentos o de tratamientos o de una condición mental como tal, cada caso va a ser distinto, y es posible que cada situación o cada trastorno o cada síndrome o cada condición genere cosas distintas dependiendo el caso. Entonces por eso no podemos entrar a pensar en una misma metodología para todos... teniendo A condición entonces podemos hacer tal cosa porque va a cambiar dependiendo cada sujeto.*

Entrevistado 4. _ Exacto. Y algo importantísimo ahí, algo muy importante es que lo psicosocial es transversal, ¿qué quiero decir con eso? Que tú puedes tener en el aula una persona sorda que también tenga una condición de discapacidad psicosocial, lo digo porque yo he tenido muchos pacientes que me dicen “Doctor es que yo escucho voces” y es sordo profundo, entonces ahí uno empieza a mirar el impacto de lo psicosocial, por eso me gusta hablar más desde lo psicosocial, más allá del diagnóstico porque es transversal. Una persona ciega, por ejemplo, estudiantes ciegos generan depresión con mucha facilidad o generan bipolaridad con mucha facilidad, ¿cierto?, por su aislamiento que tienen, lo mismo pasa con los sordo-ciegos. Entonces, por eso es importante que tengan en cuenta ese elemento de **transversalidad** de la discapacidad psicosocial, no es una discapacidad pura, neta, ¿cierto?, como decir una discapacidad física.

Una discapacidad física, listo, pisó una mina antipersona y tiene una amputación bilateral, listo, es físico, ya sabemos, entonces eso es una discapacidad visible, pero también tiene unos componentes psicosociales importantes, y ustedes ven una persona, por ejemplo, con una amputación bilateral por violencia, tenemos componentes psicosociales impresionantes, entonces miren que ahí hay una riqueza muy importante y por eso desde el principio te lo desmarcaba solamente de un diagnóstico psiquiátrico o de un padecimiento psiquiátrico, porque eso te amplía el rango, es mucho más grande, y también... no solamente pensar en niños o en adolescentes, sino en adultos mayores, cuando ustedes, por ejemplo, y lo pueden vincular dentro del discurso del trabajo (recomendación), el adulto mayor también genera procesos de salud mental muy importantes que, donde la matemática, está comprobadísima, funciona muy bien, muy bien... por ejemplo para el alzhéimer, básicamente, o para el Parkinson, entonces miren que hay otros escenarios que quizá no los habían contemplado y pueden tenerlos ahí en radar.

Entonces, solo para aclarar, cuando yo hago el ejemplo de estas discapacidades puras, que para mí “puras” son las más visibles, pues evidentemente digamos que ya hay unos protocolos, ya hay unas acciones, como dices tú, unas metodologías el abordaje, ejemplo: una persona ciega, ellos ya tienen toda una forma para capacitarlos en el manejo de bastón, en la tiflogología, en todos estos elementos, a eso me refiero, ya hay unos elementos muy puntuales. En salud mental no hay esa puntualidad, evidentemente, uno puede hacer intervenciones con

una persona con depresión que le pueden funcionar a otra, pero ya tiene unos elementos de base ¿cierto?, pienso yo que sería por ahí donde tendrían que enfocarlo ¿cuáles son los elementos de base para la intervención?, primero, básico y súper importante, ya lo hablamos: la **identificación**, ¿cómo identifico yo a la persona? Segundo, ahora con el certificado de discapacidad van a tener unos porcentajes funcionales que eso les va ayudar mucho, entonces yo tengo que revisar cómo está esa valorización del certificado de discapacidad y entender cómo es que funciona la persona y hasta dónde la puedo llevar. Yo creo que, con esos dos elementos, desde lo psicosocial, por un lado; desde entender un poquito la historia clínica... esta es una de las cosas que yo voy a entrar a dictar en la pedagógica y es, cómo el docente, sin ser psiquiatra sin ser psicólogo, puede tener las herramientas técnicas necesarias para identificar una persona con discapacidad psicosocial y ayudarle a ese tránsito de sus ajustes, que eso es muy complejo, eso es muy complejo... y yo no me voy a entrar a dar psicopatología ni farmacología ni nada de esas cosas, no; **cómo yo identifico elementos vitales para esa intervención**, eso es importantísimo, creo que lo podrían incluir.

Entrevistador 2. *Perfecto. Entonces para cerrar esa parte de los conocimientos que ya nos respondes, porque hay una discusión que yo tengo con muchos profes y es, en matemáticas, a propósito de la precisión, en matemáticas, en estos momentos, el marco escolar, solo pensando en el marco escolar, habla de unos conocimientos básicos y habla de unos procesos transversales que se desarrollan desde las matemáticas, cuando yo entro a hacer los PIAR, o cuando yo entro pensar en esos ajustes razonables la pregunta de todo profesor al no ser experto, en términos de un campo, una condición o las situaciones como tal, es... dígame, en términos de, hasta dónde puedo llegar yo para pensar los ajustes y cómo hacer esas intervenciones ¿sí?, entonces siempre hay esa pregunta en términos de los conocimientos y de los procesos. Nosotros entendemos que los procesos de razonamiento, de argumentación, de resolución de problemas, en términos de cuando no hay un compromiso cognitivo particular, pues están y se pueden hacer en distintos estados, en distintos niveles y demás, no así todos los conocimientos. Entonces nosotros tenemos la discusión de decir "mire, todo lo que es como conocimiento como tal, tengo que brindarles todos los conocimientos, en matemáticas, pues no (...)*

Entonces tenemos que pensar que los ajustes no van de cómo voy a enseñar eso de trigonometría de otra manera y en otro nivel, sino de cómo son los procesos. En el enfoque que nos estás planteando ¿ese reconocimiento sería válido o se mantendría lo de todos los conocimientos así estén?

Entrevistado 4. _ Bueno, aquí yo me voy a parar en dos posiciones: la posición política correcta es que, todo para todo el mundo, pero en la práctica y en la realidad, no es tan así, evidentemente, porque yo no puedo generalizar y yo no puedo, volvemos al punto, no puedo “pedirle peras al olmo”, literal, vamos hablar en términos coloquiales, Yo como docente de matemáticas debo hacer los ajustes para que entiendan los elementos básicos conceptuales que les favorezcan esa adquisición de conocimientos y, por ejemplo, mencionas algo muy importante, un elemento importantísimo: toma de decisiones, eso es supremamente importante. Si yo logro transformar, bajar el lenguaje técnico en matemáticas, para que una persona con discapacidad psicosocial o discapacidad sea la que sea, logre esa resolución de problemas de una forma más efectiva, sencilla: perfecto, lo logré. Que se le deben dar todos los contenidos, claro, se pueden dar todos los contenidos, el tema es que, ¿cuántos de esos contenidos que le di realmente se lleva?, ese es el punto crítico, ¿y eso cómo lo mides? Si la persona se va a rajar en los exámenes pues no se los llevó, porque para eso están los exámenes y las pruebas, si no entendió y no resolvió el problema pues no se lo va a llevar. Qué se hace o qué se ha implementado, por ejemplo, en África... he visto ejercicios muy interesantes en África y en

Reino Unido, en donde ¿qué es lo que hace el docente? El docente da todo el contenido, y los estudiantes con discapacidad identificados que no lo lograron, vuelven hacer la pregunta “¿qué no entendió?”, no más hacer el ejercicio de hacer esa retroalimentación ya el docente tiene los elementos técnicos para decir si pasó o no pasó, en el sentido de que, se llevó los conceptos así no resuelva los problemas en físico ¿si me hago entender? Entonces, se argumenta, pero no lo puede transcribir al papel, como suele pasar, entonces hay que mirar otras formas de evaluación, y a eso va la reflexión, para ver si realmente el estudiante con discapacidad, en este caso psicosocial, se lleva los contenidos.

Entonces hay varias reflexiones aquí para resumir: Uno, el tema del PIAR, el alcance del PIAR; el alcance de los contenidos ideal, que se lleven todos los contenidos, pero hay contenidos que pueden ser muy conflictivos para la persona con discapacidad psicosocial, puede generarle estrés, depresión, puede agudizar su condición mental por la presión que puede generar el contenido. Estoy imaginándome una situación, y la persona simplemente se bloqueó, se puso a llorar y demás, pero dice “pero yo sé”, cómo hace el docente para evaluar ese “yo sé” más allá de lo que está pasando en su aspecto de evidencia inter-relacional, o como lo presente y demás, ahí va el ejercicio fuerte... entonces, por eso me paraba en estas dos posturas. Siempre dicen “educación para todos, todos para todos, todo es para todo, porque ‘todo’ es la inclusión”, sí, pero no, porque no todo el mundo lo logra, no todo el mundo lo alcanza. Pero aquí sí puedo arriesgarme a decir que, en psicosocial los deterioros cognitivos, dependiendo evidentemente del proceso, no son tan complejos que no permitan la incorporación de contenidos o el aprendizaje como tal.

Pienso que de los temas más complejos en discapacidad psicosocial es la motivación para aprender, la concentración para aprender, la atención, en cierta forma, pero no el proceso intelectual como tal ¿si me hago entender? Entonces hay que abordar otros elementos, más allá del cognitivo, que evidentemente puede estar afectado en cierta forma por lo que les cuento de los medicamentos, de terapias, por un montón de situaciones que hayan tenido, por alimentación y demás, inclusive, por el sueño, entre otros... pero también hay que tener muy en cuenta esos otros que les acabo de mencionar: la motivación, la atención, la concentración, las condiciones alrededor del estudiante. Entonces por eso es tan complejo, por eso no se metió en el 1421, porque decían “¿y cómo metemos esto?”, o sea, esto es una directriz nacional, por eso se colocaron dos o tres frases nada más, y el resto imagínatelo y constrúyelo... eso es.

Entrevistador 2. *Perfecto, muchas gracias.*

Entrevistado 4. *No sé si ahí quedamos claros.*

Entrevistador 2. *Sí, a mí cada vez que escucho algún experto plantearnos los enfoques, las formas y demás, yo quedo cada vez con más preguntas...*

Entrevistado 4. *Ah, eso es una maravilla, es lo mejor*

Entrevistador. *Quisiera hacer como la última preguntica, porque ya las anteriores me las has contestado en el discurso, entonces digamos que esta va enfocada a esos estudiantes o a esa población diversa que no se encuentra escolarizada, sino que se encuentra en un ámbito como hospitalario o en proceso de hospitalización... ¿cómo se hace este proceso o cómo se atiende esta población desde lo educativo?*

Entrevistado 4. *Bueno... En el ámbito hospitalario no hay intervención educativa, hay una intervención básicamente de terapia ocupacional, en donde se hacen algunas actividades orientadas como a prevenir el deterioro cognitivo ¿cierto? Entonces te ponen a pintar, te ponen*

a tejer, te ponen a hacer otras cosas, pero actividades educativas en el ámbito hospitalario yo nunca he visto, yo nunca he visto que digan “Vamos a una clase de matemáticas” en la clínica, yo nunca lo he visto, nunca. En experiencia clínica nunca lo he visto, aunque sí debería ser muy interesante, lo más parecido a las matemáticas que se hace en las clínicas son los Sudokus, con eso les digo todo, no hay más, frente a eso no hay más, así de manera particular.

Creo que está subvalorado, a mí el tema de la matemática me gusta, me gusta, a veces me pongo por ahí de desocupado a hacer ejercicios como para no oxidarme, y acordarme así de cosas del colegio, me parece chévere, incluso he encontrado, no sé si ustedes los conocen, youtubers matemáticos que desarrollan ejercicios que se ven muy complejos y los desarrollan de una forma muy sencilla ¿por qué les traigo ese ejemplo?, porque en pacientes que yo tengo y atiendo en mi organización, yo les comarto ese tipo de informaciones y me dicen “Oh, qué maravilla, yo no podía hacer esa ecuación” y mire qué tan sencillo que este señor lo explica, es para que haga el ejercicio.

Tengo varios de estos youtubers matemáticos muy interesantes, lo traigo a colación porque puede ser una estrategia muy importante, como digo, pienso que esta subvalorada la matemática, en el tema psicosocial, pero evidentemente las matemáticas te ayudan a comprender el mundo de otra forma y a fortalecer procesos cognitivos muy interesantes, vivimos en un mundo de números, entonces creo que se podría generar una estrategia de intervención pedagógica para mejorar procesos cognitivos dentro de la clínica, sería interesante, no existe realmente, o no conozco, ni aquí ni afuera.

Entrevista # 5 (entrevistado el 20 de julio del 2021)

Esta entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas metodologías, modelos de atención, de intervención pedagógico que atiendan población diferencial, centrándonos en la discapacidad mental como una de las enfermedades psiquiátricas existentes, haciendo énfasis en la educación especial y los procesos de inclusión educativa.

Entrevistador. *_ Me gustaría que pudieras compartirme tu perfil, tu trayectoria profesional, tu carrera profesional.*

Entrevistado 5. *_ Yo soy terapeuta ocupacional, con más de 10 de experiencia en la intervención no solamente de usuarios neurotípicos sino también con algún tipo de condición tanto física, cognitiva y mental. A parte de tener estudios en terapia ocupacional, tengo estudios en enfermería, estudios en ergonomía, y certificaciones en discapacidad. Digamos que, la experiencia si ha tenido un proceso muy importante, porque a través de la experiencia, pues, se adquiere el conocimiento y se han atendido muchas condiciones independientemente de que tengamos una misma condición particular no quiere decir que esa condición se presente igual en todas las personas, que eso si me parece muy importante tenerlo en cuenta. Si hay alguien que tenga síndrome de Down en algún salón de clase pues el mismo síndrome de Down, aunque tenga una presentación distinta o una misma presentación como se presenta en la 1421, no es igual a como se presenta en una persona o en otra. Digamos que, desde el proceso profesional, desde la parte de terapia ocupacional, pues, he podido aprender varias cosas en el quehacer profesional, uno empieza a guiar a los usuarios, en este caso a los pacientes, o estudiantes que puedan cumplir su rol como tal y que puedan desarrollar sus habilidades.*

Entrevistador. *_ Ok señorita, entonces, parte de lo que me estás diciendo tiene que ver con la segunda pregunta y es, que puedas comentarme sobre tus experiencias atendiendo población diferencial y en qué modelos de intervención pedagógica te basas para atender estos niños, niñas y adolescentes, pensando en lo que es la etapa escolar, en condición de discapacidad intelectual o enfermedades mentales.*

Entrevistado 5. *_ Claro que sí, pues mira, realmente lo que yo te comentaba es importante que dentro de la experiencia que he podido aprender, hay que tener muy claro el diagnóstico, digamos que, para poder generar un proceso de inclusión, uno como profesional busca siempre, la interpretación médica o un diagnóstico, ahora es mucho más complicado porque hay muchos chicos que presentan algunos rasgos algunas condiciones que incluso en su mayoría no tienen diagnóstico, entonces que es lo importante, poder identificar habilidades. Desde la experiencia, como terapeuta ocupacional es importante evidenciar cuáles son las habilidades que esta persona tiene independientemente, de su condición; ¿qué si es importante entender el diagnóstico? Sí, ¿por qué? Porque hay características puntuales; ejemplo, si nosotros tenemos algún chico que tiene retardo mental y, sabemos y entendemos que el retardo mental tiene una dificultad particular en el aprendizaje, también hay que identificar y evidenciar a este ser de una manera integral, porque yo no puedo desprenderme de cuáles son sus sensaciones, cuáles son sus intereses; entonces, ese retardo mental que la persona pueda presentar es posible que dentro de ese quehacer diario de la clase pueda presentar una alguna dificultad en la sensación, entonces es posible que él tenga una hipersensibilidad, entonces al sentarse en la silla, tal vez la silla tenga un tornillito o tenga algo que está quitándole la atención y su proceso se va a centrar más en la sensación y no en la clase. Entonces, cuando la profesora o el docente vaya a retomar y decirle, “mira, por qué no los has hecho” entonces puede que él responda de manera impulsiva, eso no nos lo dice el diagnóstico, eso nos lo dice el familiar o*

uno lo puede interpretar en el tiempo, porque es importante evidenciar a estos seres sean neurotípicos o tengan alguna condición de cualquier tipo hay que mirarlo de manera integral, de hecho para poder generar un proceso de inclusión es ideal mirarlo desde el proceso y desde su desempeño.

El decreto 1421 es el que nos habla acerca del PIAR, del plan de ajuste razonables, entonces, esa directriz donde una de las premisas de ese decreto es que hay que mirar al ser de una manera autónoma e independiente, donde pueden existir estudiantes con un diagnóstico parecido, pero se va a presentar de una manera distinta porque sus procesos de atención son diferentes, porque su proceso ontogenético fue distinto, porque su ambiente es distinto, entonces es muy importante poder mirarlo e identificar esas habilidades, tiene una retardo mental, tiene un síndrome de Down, y el diagnóstico nos da unas características pero no definen a esa persona, entonces, las características me van a dar una guía de a qué es lo que yo me voy a enfrentar con ese estudiante o con esa persona, pero cuando realmente yo identifico sus habilidades va a ser para el docente mucho más fácil, poder hacer un ajuste razonable o poder decir que puede hacer la actividad de una forma que puede ayudar a un estudiante con una condición y puede también estimular a los demás, de manera propositiva. También, esto nos lleva a que dentro de un proceso de inclusión podamos sugerir un buen equipo, ejemplo, sí tengo un chico con un tipo de retardo o algún tipo de condición y tengo a una persona dentro de esa clase que es muy habilidoso, entonces, puedo colocarlo a trabajar como par para que me pueda implementar habilidades, no solamente para que el de la condición funcione mejor, sino un proceso de apoyo donde también le voy a enseñar al chico neurotípico a que genere procesos mucho más asertivos, de manera de integración y apoyo, y le estoy favoreciendo a que él tenga un mejor desempeño propositivo con una persona y poder generar apoyos funcionales.

Entrevistador. *_ Bueno, en esa misma línea, qué metodologías implementas, has implementado o crees que se deberán implementar, si lo llevamos a lo escolar, qué metodologías se implementarían para atender este tipo de población que desde la discapacidad sería un retraso mental o un intento de suicidio, o una persona que tiene depresión, esquizofrenia, sé que son diagnósticos diferentes, pero puedes usar ejemplos, algunos muy puntuales.*

Entrevistado 5. *_ Pues mira, definitivamente, la estrategia o la modalidad pedagógica específica considero que no existe, considero que hay que construirla, en el caso de los chicos que tienen alguna condición. Digamos que, las instituciones si manejan muchas teorías, hay gente que se va mucho por el tema Montessori, mucho por el tema neurosensorial y generan un aprendizaje, pero si es importante identificar desde mi punto de vista, hay que trabajar, si estamos hablando de los grados preescolares o primaria, incluso en el bachillerato, es importante generar procesos sensoriales, porque la base sensorial nos va a dar el punto de partida para poder estimular un aprendizaje significativo. Si vamos hablar de una metodología específica y puntual, considero que hay que construirla, precisamente por lo que te dije, hay personas con un tipo de diagnóstico, con unas condiciones particulares y con unas habilidades completamente distintas.*

Si yo tengo un chico en grado de bachillerato y tiene un proceso de esquizofrenia, que sugeriría yo, no vamos a generar procesos que incrementen niveles de estrés sino por el contrario encontrar actividades que puedan regular un nivel gratificación para que este ser pueda desempeñarse de una manera mucho más funcional y siempre con un proceso de contacto con la realidad, si tenemos una persona con esquizofrenia y estamos haciendo un análisis de una lectura imaginativa, pues debo tener un proceso mucho más concreto con él, depende mucho del medicamento. Entonces, fíjate como una gran variedad y unas variables importantes,

tienen un papel importante en este proceso porque puede tener que se tomó el medicamento hace dos días y si yo estoy impulsando a que él tenga un proceso imaginativo puede que él pueda cruzarme la línea del contacto con la realidad, entonces ahí el ambiente no está siendo favorecedor, ahí es muy importante generar esa mirada integral de la que te cuento.

Frente a la metodología, considero que hay que construirla para cada persona, por eso el decreto 1421, nos habla de ese PIAR, así como hay muchas instituciones que lo saben manejar hay otras que no tienen ni idea que es eso, pero es a través de esos ajustes razonables que estos seres, estas personas, pueden tener una guía para su aprendizaje, también el 1421 habla del DUA, que nos habla, que hay un aprendizaje básico, pero como está este proceso debe ser dinámico, porque precisamente, pues, el aprendizaje no es como tan estandarizado, tenerlo en cuenta en otras áreas; como por ejemplo, en el área de matemáticas que es un proceso mucho más concreto, pensaría que hay que trabajar desde la base sensorial, que es trabajar desde los sentidos, el tacto, el gusto, el olfato, la visión, la audición, y otros como el vestibular y propioceptivo, el propioceptivo, siempre hago esta explicación para que de pronto me entiendan un poco, por ejemplo, si alguien llega a tu casa y le dices, sigue y te sientas, la persona ¿qué hace?, pues sigue y se sienta, no va a pensar, pues, voy a dar dos pasos voy abrir la silla, voy a girar mi cadera, voy a doblar mis rodillas y voy a colocar los glúteos en la silla, no uno no lo piensa, automáticamente uno hace ese movimiento, ese es el sistema propioceptivo.

Entonces, cuando tenemos alguna condición mental, una condición física, o alguna dificultad en el aprendizaje, es necesario poder estimular esa base sensorial para que el aprendizaje fluya y se genere un proceso mucho más significativo, y digamos que ya desde el proceso de matemáticas ya manejamos unas teorías, unos procesos que son concretos, que no tienen muchos cambios, sino que es algo muy puntual, allí es donde yo considero que no se puede basar en estrategias mucho más dinámicas; ejemplo, si tengo algún chico que tiene dificultades en el proceso de multiplicación, porque se le olvida, llevar subir y bajar, entonces, vamos hacer una multiplicación en el piso, y vamos a saltar para que en el sistema propioceptivo se estimule, este se multiplica por este, pero como aquí solo se pueden colocar las unidades, voy a colocar las decenas arriba y poder generar ese movimiento y esa rotación espacial, puede ser que el chico con alguna dificultad mental leve pueda interiorizar esa información y puede resolver la multiplicación, o hacer procesos con especificaciones visuales, con colores; pero si digamos tú quieras manejar números con colores, cual es el prerrequisito previo, pues, que se sepan los colores y los números, porque si no se los sabe, entonces se va a generar una confusión; por eso es importante poder evidenciar las habilidades, porque en la medida que yo tenga un chico en tercer grado, que no se sepa los colores, pues, ¿qué tengo que hacer? Mi ajuste razonable, para que el empiece a identificar los colores y los números del 1 al 20, para poder generar conteos, y procesos con cantidades. Entonces, es más ese proceso, poder generar una visualización de las habilidades y ver ese ser de una manera integral, porque no me puedo despegar de su diagnóstico y tampoco me puedo despegar de sus habilidades, por el contrario, tengo que unirlas para poder generar una metodología específica que a este estudiante le pueda servir.

Entrevistador. *_Un poco, como para complementar lo que estás diciendo del tipo de desarrollo sensorial y los tipos de conocimientos que se pueden potenciar en este tipo de estudiantes; tu identificas, digamos, de estos chicos con discapacidad mental o enfermedades psiquiátricas, procesos cognitivos que sean característicos, porque uno dice normalmente, bueno, este chico tiene retraso mental entonces, desde las matemáticas, los procesos matemáticos deberían enseñarse, desde ¿Dónde?, desde los contenidos, desde los*

conocimientos, desde los procesos, qué es muy marcado de esos procesos cognitivos que ellos tienen, tu, ¿qué has identificado o caracterizado?

Entrevistado 5. _ Puedes repetirme la pregunta, por favor.

Entrevistador. *_ Si claro, si señora. Digamos que en esa misma línea que me estabas comentando de estos procesos sensoriales, que uno podría utilizar para potenciar ciertas actividades y usarlo para la enseñanza de estos chicos: pero, además de eso, ¿hay procesos cognitivos que sean característicos de este tipo de población?, digamos, pongo el caso de un retraso mental que tiene un coeficiente intelectual menor, uno como docente profesional para poder enseñarle algo a este tipo de estudiante, uno pensaría en, por ejemplo, disminuir los contenidos o hacer ajuste razonables desde donde, y pensando desde los procesos cognitivos más no desde los metodológico. No sé si me hago entender, o está un poco confusa.*

Entrevistado 5. _ Creo que, lo que me quieras preguntar es, si esos ajustes razonables o esas características los haces desde la clase o desde la planeación anterior. El diagnóstico nos da luces, pero no nos define el desempeño del estudiante, ¿qué es importante saber? Que yo pueda identificar cuál es su habilidad, es decir, si esta persona con retraso mental, tiene la capacidad de identificar tamaños, porque es muy bueno clasificando tamaños, entonces el ajuste razonable que se puede generar para un proceso cognitivo matemático, puede ser a través de los tamaños, donde yo pueda identificar y reagrupar ciertos tamaños para que yo pueda reforzar el tema del conteo y la asume luego en una multiplicación, es como saber cuál es la habilidad que él tiene, cuál es el canal sensorial por donde el aprendizaje entra mucho más sencillo, entra mucho más rápido; hay chicos que son muy visuales, hay otros que son más auditivos, hay otros que son más de movimiento. Qué es lo que casi siempre con el retraso mental, que se está asociando al síndrome de Down o a otras enfermedades u otros diagnósticos que tienden a generar ese retraso mental.

Cuando yo uso figuras, formas, tamaños, y espacialidad, es mucho más sencillo, que sería lo importante, iniciar desde la base, entonces, sensaciones, tamaños, y una orientación básica, derecha- izquierda, si el docente puede hacer ese ajuste razonable iniciando cualquier proceso y lo puede implementar en sus clases poco a poco, va a tener un resultado funcional porque el chico no solamente va a tener una repetición de la información que eso es un factor también muy importante, cuando tenemos diagnósticos que presentan bajas habilidades ellos requieren una estimulación constante, porque es posible que lo que hoy estimulaste que te fue muy bien, al siguiente día ya no lo tenga, ya lo olvide. Entonces, es importante poder generar como un plan transversal, donde pueda realizar actividades voy a repetir casi siempre, arriba-abajo-derecha-izquierda, que esta vez me ubique los números del 1 al 3 a la derecha, del 3 al 5 a la izquierda, de 5 al 7 arriba y 7 al 9 abajo, como poder generar ese proceso siempre, donde yo pueda generar una repetición de una secuencia para que el aprendizaje de este chico, pueda generar una mejor interiorización de la información, porque a ellos casi siempre se les olvida lo que trabajan una semana, el fin de semana llega, y cuando llegan a la clase el lunes se les olvida, entonces ahí viene la frustración para el profesor, por eso es tan importante identificar, el diagnóstico y las habilidades, para que no hayan frustraciones, ni por parte del docente, ni por parte de la familia, ni por parte, del estudiante, sino que por el contrario, se puedan evidenciar cambios que pueden ser en algunos casos muy pequeños pero en algunos casos muy fructíferos. Pero, teniendo en cuenta las habilidades que realmente son las que definen al estudiante, no solamente cumplir el parámetro o el requisito de generar un PIAR, porque también ese es otros de los vacíos que a veces se presentan, y es que son ajustes razonables muy bien hechos y muy lindos, que se quedan en el papel, pero no los aplican o no los saben

aplicar, entonces ahí es cuando el ajuste razonable ya no tiene valor, porque se queda en el papel, pero si yo puedo generar un ajuste razonable medible que yo pueda aplicar con el estudiante va a ser mucho más sencillo; adaptándome al diagnóstico y la habilidad particular que él tenga, si yo digo “pobrecito el chico que tiene retraso mental” pues no estoy haciendo un ajuste razonable, obviamente con procesos de calificación diferentes, pero si me va a dar a mí la estrategia de aplicación y puedo incluir a ese chico dentro del proceso de la clase.

No sé si quedo clara la pregunta o esa era la información que tu solicitabas.

Entrevistador. *_ Digamos que yo soy nueva en todo esto, lo que yo hago es enriquecerme, yo hago preguntas de acuerdo a lo que no sé, digamos que, ya he tenido contigo 5 entrevistas y me han dado muchos elementos muy concretos y muy complejos, y uno dice, son perspectivas que se han dado desde la profesión que cada uno tiene y cada uno llega al mismo punto, pero desde su profesión, desde su quehacer profesional. Entonces, pues todo lo que tú me estás diciendo, para mí es, totalmente ajeno, entonces (...), no sé, es muy enriquecedor la verdad y el trabajo con población diferencial me parece que es muy bonito. En ese sentido, hay muchas cosas que tú ya has tocado de las diferentes preguntas, entonces nos vamos con, ¿qué enseñar y cómo enseñar a los estudiantes con discapacidad mental, dado que la discapacidad mental es una enfermedad de tipo psiquiátrico, la forma de enseñar a población con discapacidad mental se puede asemejar a la forma en qué se puede atender otro tipo de población que presenta otro tipo de enfermedad o trastorno mental, cómo establecer este tipo de cosas.*

Entrevistado 5. *_ Bueno. Digamos que (...), me repites.*

Entrevistador. *_ Digamos que, ya me has establecido cosas, que, aunque los pacientes tengan el mismo diagnóstico se presenta de formas diferentes, si el estudiante presenta otro tipo de enfermedad psiquiátrica o trastorno mental, pues el trabajo debe ser particular. Pero, siempre ha sido el lío o la crisis existencial para mí, desde esa experiencia y es, yo qué le enseño y cómo le enseño a este tipo de paciente que tiene una enfermedad psiquiátrica, qué tiene un retardo mental, que tiene una esquizofrenia, depresión, o intentos de suicidio, (...), que tiene enfermedades psicóticas. Yo digo, bueno, me voy a las mallas curriculares y a lo que está planteado desde la educación formal, y en qué me centro, que cojo de ahí, que es cuando aparecen los ajustes razonables. Y lo que hablaba con mi director de tesis y es que, se debe hacer un ajuste razonable a este tipo de población o debería ajustarse un marco curricular particular para este tipo de población, qué dimensiones trabajar desde allí, yo tengo que a ese estudiante, dictarle, matemáticas, ciencias, química, (...), son muchas cosas; no sé tú ¿qué opinas?*

Entrevistado 5. *_ Mira, en cuanto a eso de mallas curriculares, pues, cada institución tiene sus directrices y sus metas. De hecho, cuando los padres van a buscar un colegio, buscan, “colegio icfes muy superior”, “característica bilingüe”, en fin, (...). Yo creo que, una respuesta muy asertiva a esa pregunta que me acabas de hacer encontrar un aspecto básico que son los dispositivos básicos de aprendizaje, que cuáles son atención, concentración, memoria, sensopercepción y motivación. Sí nosotros tenemos esos 5 dispositivos básicos de aprendizaje alineados, estimulados, en cualquier diagnóstico podremos tener un ajuste razonable específico para esta persona sin necesidad de generar un proceso de malla curricular. ¿Qué es lo que nos permite el ajuste razonable?, calificarlo de una manera distinta, no excluyéndolos, porque el docente tiende a confundir el proceso de calificar diferente con excluir, “no es que, yo lo excluyo de este logro porque él no puede”, no; transforma el logro para él a través de esos dispositivos básicos de aprendizaje; ¿qué necesitamos?, estar atentos, necesito concentración,*

necesito que él memorice, ¿a través de qué?, de la sensopercepción. El dispositivo básico de la sensopercepción, tiene que ver con todo el proceso corporal y orgánico, que necesita el ser para poder adquirir el aprendizaje, que ahí en la sensopercepción tenemos que saber cuál es la respuesta y cuál es esa condición.

Yo puedo tener en el salón un síndrome de Down, un autismo, un asperger y puedo tener un retardo mental, eso no quiere decir que a los 4 no les maneje la motivación, la atención, no; a todos se las tengo que manejar, que de una manera distinta si, que ¿Por qué?, porque al autista tengo que anticiparlo más, ¿por qué al asperger tengo que darle un insumo distinto?, porque ellos “vuelan”, son rápidos casi siempre, tienen habilidades superiores a la de los demás, son chicos que se fatigan, tú les dices “vamos hacer esta multiplicación”, terminan y empieza, “ahora qué hago, ahora qué hago (...)”, entonces ahí yo tengo que generar un apoyo propositivo, donde yo en la clase no voy a sentarlos a que cada uno haga su trabajo individual, no, los voy a poner de pie, voy a correr el espacio, voy a modificarlo, voy a mantener el distanciamiento social, porque ahorita estamos en covid), poder generar un espacio para cada uno y que cada uno coja una pinza y me va a escribir, 1,2,3, (...), como poder dar estrategias que me puedan incluir a todo el curso y no, que, “como este lo hace rápido le pongo las 5 guías”, o este lo pongo a que me reconozca los colores, sino que, poder instaurar un proceso donde, (...), claro la teoría existe, pero como los voy a incluir, por eso es el ajuste razonable. Pero, si yo tengo clara la meta de los 5 dispositivos básicos de aprendizaje, tengo el “sartén por el mango” como docente, porque sé que a todos les va a servir ese proceso. Poder generar procesos donde el terapeuta ocupacional y los profesionales que estamos como tan vinculados al aprendizaje tenemos un poco más de herramientas para generar ese proceso, por eso es importante que los ajustes razonables se puedan generar con un equipo multidisciplinario, no solamente, no solamente el docente, sino que el docente pueda decir, tengo la terapeuta ocupacional que me puede ayudar a estimular este proceso sensorial.

Muy pocas estas instituciones y estos docentes, saben esta tríada, que bueno que tu desde tu proceso educativo, puedas sugerir eso, que cuando se vaya a hacer un ajuste razonable no solamente lo haga el profesor y el docente incluso, hace el ajuste razonable antes de que empiece el año y no tiene ni idea del tipo de estudiante que va a recibir, seguramente tiene la información que le dio el otro docente, pero es información demasiado básica, “es un niño que viene medicado, es un niño que viene con la terapeuta sombra”, pero es información muy básica. Pero, si el trabajo del ajuste razonable es el acumulado de, una pedagoga especial, o una terapeuta ocupacional, al lado de una fonoaudióloga, eso sería distinto, y si tenemos una enfermedad de tipo mental, una psicóloga para que nos oriente más desde el comportamiento. Pero, como para resumir la respuesta a la pregunta #7, yo creo que a partir de los dispositivos básicos de aprendizaje se pueden generar varios aspectos, que esa puede ser la base, del aprendizaje.

Entrevistador. *Si, digamos que, tú tienes razón. A los docentes nos pasa mucho, y es que, cuando los docentes van hablar de ajuste razonable, el único ajuste razonable que normalmente se evidencia en población diferencial, es el tiempo o la cantidad de trabajo. Entonces digamos que, si ellos ven que un chico tiene un problema mental o tiene un retraso, entonces, en términos matemáticos, si los niños deben aprenderse los números del 1 al 1000, el ajuste es enseñárselos del 1 al 10, porque como tiene un retraso entonces el chico no se va a aprender del 1 al 1000. Entonces, si me contestas muchas preguntas que tenía ahí en el tintero y es que, ahora me doy cuenta que esos procesos cognitivos se pueden desarrollar desde las estrategias que yo utilizo para que el estudiante pueda aprender según los dispositivos básicos de aprendizaje los cuales estas mencionando y no los conocía, mi campo no es lo clínico, pero me parece super enriquecedor. Entonces esta pregunta lleva a la otra*

y es, ¿Cuáles entonces, son esos parámetros, criterios y pautas me puedan decir que debo enseñar y cómo evaluarlo?

Entrevistado 5. _ Entonces, mira. Los dispositivos básicos es una base, pero si yo tengo chicos en secundaria, que de pronto el diagnóstico sea de tipo mental, como una esquizofrenia o una bipolaridad, yo a ellos aparte de estimularles los dispositivos básicos de aprendizaje hay que trabajar en las funciones ejecutivas que tiene que ver con el siguiente nivel de los dispositivos básicos de aprendizaje, que son: la organización, la supervisión, la planeación; que para poder llegar a unas funciones ejecutivas, pues tengo que tener unos dispositivos básicos de aprendizaje básicos fortalecidos para poder llegar a ese nivel. Que incluso, esta información no solamente es para el ajuste razonable, no es para las personas que tienen alguna condición sino también para los chicos neurotípicos, porque tenemos muchos adolescentes de bachillerato donde no tienen herramientas de organización y planeación, ¿por qué?, porque no tienen unos buenos dispositivos de aprendizaje, entonces digamos que para complementar esa información para tu tesis, sería muy interesante que tu pudieras hablar en un buen contexto, de la importancia de esos dispositivos básicos de aprendizaje para poder llegar a unas buenas funciones ejecutivas, que me van a generar unos desarrollos y un desempeño de aprendizaje que es lo esperado, porque aunque las matemáticas sean concretas necesitan una capacidad analítica o ¿me equivoco?

Entrevistador. *_ Si señora. Cuando tuve la posibilidad de trabajar con estos chicos, desde la resolución de problemas y el análisis, ellos tenían esa capacidad, entonces también surgió eso, porque los procesos en matemáticas son: la resolución de problemas, la ejecución de procedimientos, la modelación, el razonamiento y la argumentación, (...). Es donde, empieza aparecer si es importante particularizar curricularmente, porque desde esos procesos, como el de ejecución de procedimiento estos chicos con este tipo de condición tendrán ciertas dificultades, que no se memorizarán un algoritmo, (...), pero comprendo que es un proceso de las matemáticas desde lo curricular. Entonces, yo me iba por el lado de potenciar, desde la resolución, desde lo analítico, el razonamiento, siendo las habilidades que a ellos más se les facilitaba, se les facilitaba más dar argumentación verbal y no tanto escrita. Entonces, desde ahí la idea, de bueno, desde lo curricular se deben implementar unos procesos y el decreto 1421, habla de unos ajustes razonables que en el currículo pero que esa población, también debe llegar a los mismo objetivos que los neurotípicos que no tienen ninguna condición. Uno se pregunta, ¿deben llegar todos a los mismos objetivos? O deberían ser un poco más adaptados a este tipo de población. Y hablando de adaptaciones, normalmente los docentes hacen adaptaciones de tipo metodológico y no desde lo didáctico, por ejemplo, bueno, desde la construcción de conocimiento este chico como puede alcanzar este tipo de conocimiento, sino que se hace donde el niño trabaje menos puntos, menos guías, que menos tiempo; dirigido más a las acciones y no a los procesos cognitivos de lo que pueda desarrollar.*

Entrevistado 5. _ Otra característica que yo creo que si sería muy puntual para que tú lo puedes escribir en tu tesis, es que el proceso o el ajuste a la malla curricular que tú dices o ese proceso metodológico como tal, frente a la pedagogía, es el uso de material concreto desde la parte de matemáticas. Ellos, en su mayoría, en el caso del proceso del autismo o del proceso del TEA (Trastorno del espectro del autismo), estos procesos requieren de un apoyo diferente y es importantísimo poder generar el uso de material concreto, ¿qué es eso?, que yo pueda decir, vamos hablar de la cartuchera, que la cartuchera sea tangible para ellos, que no sea solo dibujada que podamos usar procesos concretos, que se puedan tocar, sentir, oler, palpar, para que a través de esa sensopercepción que es el dispositivo básico de aprendizaje # 4, poder

generar ese proceso para que el aprendizaje sea mucho más interiorizado, que muchas veces los profesores se queda cortos allí.

Entonces, para el estudiante que tiene que aprenderse del 1 al 1000, yo le digo al chico que debe aprenderse del 1 al 20, pero el resto se los hago imprimir, o se los lamo, que tenga un llavero de números, con eso cuando se esté en el proceso didáctico de participación y el profesor coloque el número 915, él pueda asociar visualmente lo que está en el tablero con su llavero; como poder generar el ajuste razonable para el pero desde el material concreto, porque si nosotros decimos “pobrecito”, pues no se los va aprender, que se encuentre el ajuste razonable en el PIAR, pero que el docente le apunte a cumplir con ese proceso de manera completa, como poder cambiar la estrategia. Por eso, es muy importante que cuando se vaya a generar el PIAR se haga una mesa de trabajo que es particularmente lo que yo hago acá en el municipio de Chocontá Cundinamarca; y lo que yo hago aquí es, que yo hago mesas de trabajo con los docentes. Entonces, tenemos una persona que tiene retraso mental, tiene esas habilidades, este es el PIAR, entonces, se sienta la orientadora escolar y los profesores que tienen contacto con el estudiante, la terapeuta ocupacional, la coordinadora de discapacidad y la fonoaudióloga. Entonces, fijar unos objetivos, unos ajustes, (...), entonces cada profesor desde su área pregunta cómo abordar los distintos conocimiento desde las dificultades del estudiante, ha sido más complicado en la pandemia por el manejo de guías, pero se tiene una interacción con los docentes de manera permanente; pero ahora el reto es diferente porque entramos en alternancia, pero en últimas, es que se pueda tener una comunicación funcional, en donde todo un equipo empieza a trabajar en una misma condición que logra un mejor aprendizaje, pero eso solamente se logra cuando generamos un proceso y un equipo, el ajuste razonable no se va a dar solo, que obviamente las instituciones lo manejan así porque es da desde la normatividad, pero muchas veces se copia y se pegan cosas que le pueden servir a varios chicos, pero no se hace una planeación real de lo que se debe estar ejecutando, que haya un directriz, que no se quede solo en el papel, que no solamente el profesor diga lo logró o no lo logró, pero no hay una justificación desde un procesos terapéutico o desde un proceso clínico. Entonces, un factor importante es que esos ajustes razonables no estén solos y no solamente se hagan por cumplir el requisito sino que podamos generar un proceso, donde definitivamente se haga un proceso integral, no solo quedarnos con lo que dice el diagnóstico sino también saber el estudiante, o que puede decir el padre de familia, siendo una variable grande que es la variable de la familia; hay familias que son súper empoderadas y lo hacen, otro que manda al chico al colegio y dicen “mire que va a aprender porque yo no tengo ni idea”, porque quizás sus padres o tutores también tienen una condición o no tienen ni idea, o simplemente dicen “es responsabilidad de ustedes”, en lo posible integrar todas las variables para intentar encontrar un equilibrio a nivel general para que el estudiante realmente se dé.

Entrevistador. *_ Entonces. Creo que has mencionado parte de la pregunta #9, y es que cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población; entonces has mencionado la 1421, no sé si conoces alguna otra, desde lo clínico también. Digamos que, cuando mencionabas los dispositivos básicos de aprendizaje, hay algún decreto donde se encuentren, (...).*

Entrevistado 5. *_ Realmente el tema con los dispositivos básicos de aprendizaje, es netamente un proceso terapéutico. De hecho, la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento), y de allí puedes sacar temas, eliges para buscar y pones cada dispositivo; “atención” y ahí te van a salir unos códigos, incluso hay algunos parámetros de las CIF que describen brevemente “qué es habilidad”, para las citas en la tesis. O También, puedes buscar MOH (Modelo de la Ocupación Humana), o modelo de integración personal.*

Entrevistador. *Muchas cosas de las que hemos hablado, nos hemos centrado en lo escolar, esta pregunta va más a lo clínico. Entonces, cuando tuve la experiencia en la Clínica psiquiátrica La Paz, donde se encuentran habían estudiantes “internados” (no sé si este bien empleada la palabra), chicos con intento de suicidio y el otro por consumo de drogas, uno llevaba como 2 años y el otro como año y medio, hospitalizados. Uno de ellos estaba desescolarizado, pues no pertenecía a ningún colegio, pero pertenecía a las AH, que eran las encargadas de hacer el acompañamiento educativo a los estudiantes en condición de enfermedad y lo hacen desde la educación formal, entonces por eso nació esta preocupación. Si uno se encuentra con este tipo de estudiante o de estudiante/paciente, siempre cuestionándome que debe aprender ese estudiante que se le debe enseñar a ese estudiante, que hizo hasta 4 de primaria, tiene 17 años, está desescolarizado, está hospitalizado o institucionalizado, está en estado de abandono; pero, debe continuar con sus estudios porque tiene el derecho a la educación, este tipo de población ¿tiene que escolarizarse?, ¿tiene que graduarse?, como son estos procesos, desde los procesos de enseñanza y aprendizaje. No sé si fui clara con la pregunta, es que son muchas cosas.*

Entrevistado 5. *Mira Marly. Frente a ese condición que tu muestras estos pacientes que están institucionalizados, que tienen un diagnóstico, que tienen un seguimiento clínico, definitivamente sí, es ideal que tengan ese proceso de acompañamiento educativo, precisamente por eso, porque no se le deben vulnerar los derechos. De hecho, una persona que tenga alguna condición, algún grado de discapacidad o enfermedad, eso lo habla la Comisión Internacional de Derechos, donde nos hablan que no debemos tener ningún proceso excluyente, ¿cuál sería la propuesta desde ese ángulo clínico?, que se puede generar con el apoyo del equipo interdisciplinario, cuál es ese encausamiento personal, en el MOH vas a encontrar eso, el encausamiento personal, qué es el encausamiento personal, hacia donde yo quiero llegar. Si tenemos un chico, de 17 años, que está desescolarizado, el equipo debe plantear cuál es el encausamiento personal de él y podérselo preguntar a él. El Tema cuál es, si esta institucionalizado, se debe trabajar la parte de la motivación, porque no hay que desconocer que estando institucionalizado, hay una condición mucho más compleja, porque estoy en un entorno específico y necesito que haya una negociación propositiva, ese proceso de la negociación es importante consultar con el psiquiatra, porque el psiquiatra es el que nos va a dar la directriz, nos va a decir “este hombre tiene un encausamiento personal de tal forma”, “no quiere capacitarse”, (...), y tenemos que trabajar desde la motivación, entonces, desde esa directriz el proceso debe ser dinámico, por ejemplo, basado en proyectos, a través de un proyecto poder generar un proceso matemático, donde se le va a preguntar, conceptos matemáticos a partir de su proyecto que no necesariamente está enfocado en las matemáticas; entonces, ahí vamos a tener un chico, que va a trabajar en un proyecto, que no se le está vulnerando los derechos.*

Entonces, es mirar ese encausamiento personal y mirar edad cronológica, porque esa es otra características las personas con discapacidad las ven como disminuidas, como “pobrecito”, como es que él no puede porque tiene esto, no, a los chicos con discapacidad hay que darles un estatus de edad, claro que puede comportarse como un niño, pero tiene 14 años y lo siguen tratando como un niño de 7 años, y le compran los juguetes que se le compran a un niño de 7 años y resulta que él ya tiene 14, donde el estatus de edad se lo están disminuyendo entonces ahí tenemos que cuadrar todo un proceso integral, soy un poco insistente en eso, que ese ser con discapacidad o neurotípico se tiene que ver de una manera integral, porque no solamente es la matemática o el proceso clínico, sino que es todo un ambiente que interviene la familia, el entorno, y de una manera distinta podamos lograr que este cómodo y un proceso de aprendizaje.

Entrevistador. *Eso me hace pensar en ese tipo de cosas que se pueden particularizar y uno podría como tu decías, construir, porque hay cosas que, para atender ese tipo de población no existen todavía, (...), no se han desarrollado, (...), entonces uno pensaría en construir, identificar, caracterizar los procesos que debo potenciar en ellos, para que puedan comprender, para que puedan adquirir esos conocimientos básicos, esas competencias básicas y puedan continuar con sus estudios, sin ser segregados ni excluidos.*

Entrevista # 6 (entrevistado el 22 de julio del 2021)

Está entrevista tiene como fin recolectar información asociada a las distintas enfermedades o trastorno mentales catalogadas por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) que afectan directamente a los niños, niñas y/o adolescentes y cuáles son sus procesos característicos respecto de su funcionamiento y tratamiento.

Siguiendo con lo anterior, se procede a realizar las posteriores preguntas:

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil, carrera profesional y trayectoria profesional.*

Entrevistado 6. *_ Soy José Francisco Cepeda Torres, médico especialista en Psiquiatría general y en Psiquiatría de niños y adolescentes, especialista en Informática Educativa, y Máster en Sueño. Trabajo desde el 2010 en el área de salud mental de niños y adolescentes, y he laborado en diferentes instituciones de salud del país en la atención de psiquiatría de niños y adolescentes, tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario. Actualmente, trabajo para varias IPS del país realizando atención ambulatoria en psiquiatría de niños y adolescentes a través de la modalidad de telemedicina interactiva, y soy el Secretario del Subcomité de Psiquiatría infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.*

Entrevistador. *_ ¿Cuáles enfermedades o trastornos mentales son más comunes que se presenten a temprana edad en niños, niñas y/o adolescentes?*

Entrevistado 6. *_ La prevalencia e incidencia de los trastornos mental varía según la edad. Como mencionas la CIE-10 como base para los diagnósticos, utilizaré la terminología plasmada en esta clasificación para referirme a los trastornos mentales. Durante los primeros años de vida, los trastornos mentales más frecuentes son aquellos relacionados con alteraciones del neurodesarrollo como los Retrasos en el desarrollo, Trastornos generalizados del desarrollo, el Autismo, y Trastornos del lenguaje. En la etapa preescolar, comienzan a surgir los Trastornos de la conducta y aparecen los Trastornos por ansiedad de separación. En la etapa escolar, comienzan a aparecer aquellos son más evidentes por los problemas en el desempeño académico como los Trastornos del aprendizaje, Retrasos mentales, y Perturbación de la actividad y la atención (TDAH). Los Trastornos de la conducta siguen siendo frecuentes, y comienzan a aparecer los Trastorno afectivos, como los Trastornos depresivos y, en menor medida, los Trastornos afectivos bipolares, y los Trastornos de ansiedad, como las Fobias específicas, Fobias sociales, y Trastorno de ansiedad generalizada. Llegando la transición a la adolescencia, es frecuente ver entre los trastornos mentales la aparición de los Trastornos de alimentación. También aumentan en frecuencia los Trastornos afectivos, como la depresión y el trastorno afectivo bipolar, y suelen presentarse otros problemas conductuales como las conductas autolesivas (cutting). Es frecuente que en esta etapa de la adolescencia se inicie el consumo de sustancias psicoactivas. Y, hacia el final de la adolescencia y a inicios de la vida adulta, comienzan a aparecer los trastornos psicóticos como la Esquizofrenia. Obviamente, lo anterior es a grandes rasgos.*

Entrevistador. *_ ¿Cuál es la forma en que se identifican esos trastornos o enfermedades mentales?*

Entrevistado 6. *_ La identificación usualmente la realizan los padres, los docentes, o los profesionales de salud encargados del seguimiento del proceso de crecimiento y desarrollo, quienes inician el proceso de evaluación, diagnóstico y eventual tratamiento. Habitualmente,*

cualquiera de estos actores activa este proceso luego de evidenciar que el NNA no exhibe el nivel de desarrollo esperado para la edad, exhibe cambios súbitos en su comportamiento o conductas que no son esperadas para su edad o nivel de desarrollo, presenta síntomas afectivos y conductuales de manera prolongada que interfieren con su funcionamiento social, escolar o familiar, incurre en conductas de riesgo para su integridad física o la de otros, exhibe síntomas de ansiedad sin un factor desencadenante aparente o de manera excesiva frente al estímulo que la causó, o presenta problemas de aprendizaje o de socialización con pares, entre otros.

¿Cómo se evidencia?

Cada trastorno tiene una serie de criterios diagnósticos compuesto por una serie de signos y síntomas que describen las manifestaciones características de cada entidad psicopatológica, pero sería muy dispendioso hacer una descripción de cada uno en este contexto.

¿Existen algunos estudios para identificar estos trastornos o enfermedades?

Algunos trastornos mentales están asociados a enfermedades de tipo neurológico, genético, endocrinológico, etc. Dentro del proceso diagnóstico es necesario realizar los estudios pertinentes para evaluar todas las posibles causas y comorbilidades para realizar un tratamiento integral. En ausencia de enfermedades orgánicas o comorbilidades, el diagnóstico de los trastornos mentales es eminentemente clínico, y el profesional puede hacer uso de herramientas de evaluación clínica como soporte para el proceso diagnóstico, entre las cuales se encuentran las escalas diagnósticas, y la aplicación de pruebas psicológicas y neuropsicológicas.

¿Cuál es el tipo de diagnóstico?

No entiendo a qué se refiere esta pregunta.

¿La identificación de los trastornos varían dependiendo de la edad?

La presentación clínica de los trastornos varía a medida que el desarrollo neurológico, cognitivo, psicológico, afectivo, y social de los NNA avanza, y difiere en su presentación en la que se ha observado en adultos. Es por este motivo, que existen profesionales de la salud especializados en hacer la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales de niños, niñas, y adolescentes.

¿Cuáles de las enfermedades y trastornos mentales son permanentes, temporales (cuáles lapsos cortos y cuáles lapsos largos) aproximación de la duración?

Es difícil responder esta pregunta porque requeriría una revisión de toda la psicopatología para señalar cuáles son de curso crónico, cuáles de curso agudo y cuáles de curso intermedio; así como cuáles son episódicos o cuáles con permanentes. Adicionalmente, algunos trastornos pueden considerarse agudos en un momento, pero pueden volverse crónico por diferentes motivos, por ejemplo, la ausencia de un tratamiento adecuado.

Entrevistador. _ ***¿Cuáles de los trastornos mencionados exigen que el paciente sea internado y cuáles trastornos permite que el niño, niña y/o adolescente tenga la posibilidad de continuar con su vida cotidiana, normalidad y su proceso escolar?***

Entrevistado 6. _ Los diagnósticos en sí no son un elemento para definir la internación hospitalaria en una unidad de salud mental de un NNA. Se puede recurrir a esta modalidad de

tratamiento en casos en los cuales exista riesgo para la integridad física o mental o la vida del NNA o de un tercero a causa de los síntomas de la enfermedad mental, sin embargo, la hospitalización no se limita a este tipo de casos. Ahora, la internación en una institución de estancia prolongada por meses o años no se recomienda para NNA. Con respecto a la segunda parte de la pregunta, es el objetivo final de todo proceso terapéutico que el NNA pueda tener un funcionamiento adecuado en todos los aspectos de su vida (escolar, familiar y social), teniendo en cuenta su nivel de desarrollo y sus capacidades.

Entrevistador. *— ¿Qué conocimientos se deberían desarrollar en los estudiantes con discapacidad mental y/o enfermedad mental?*

Entrevistado 6. *— Dependiendo del grado de discapacidad y de las capacidades que sí posee cada NNA, se debe estructurar un plan de tratamiento y educativo con expectativas realistas y que se pueda adaptar a los avances logrados durante el proceso. En cuanto a las enfermedad mental, de por sí muchas no representan una discapacidad, por lo que se espera que adquieran o, por lo menos, que tengan la misma capacidad de adquirir los mismos conocimientos que sus pares. En cuanto al desarrollo de habilidades, los procesos terapéuticos se enfocan en el desarrollo de habilidades que le permitan al NNA lograr el mayor grado de autonomía posible, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo y capacidades.*

Entrevistador. *— ¿Debe considerarse un marco particular para el trabajo escolar con estudiantes/ pacientes en condición de enfermedad psiquiátrica? ¿Para quiénes?*

Entrevistado 6. *— Dependiendo de la enfermedad mental que tenga, se podría estructurar un plan de trabajo escolar. Nuevamente, el diagnóstico de una enfermedad mental no es equivalente a una discapacidad, por lo que, incluso dar un trato diferencial a un NNA simplemente por tener una “enfermedad psiquiátrica” podría ser considerado discriminatorio. Cada caso debe ser evaluado dentro de su contexto y definir si se requiere o no de este proceso en el colegio.*

Entrevistador. *— ¿Qué dimensiones o áreas deberían trabajarse en los estudiantes-pacientes, que puedan atender sus síntomas, problemas y además potenciar habilidades? ¿Cómo hacerlo?*

Entrevistado 6. *— Considero que las medidas para la promoción y prevención de la salud mental no deben estar centradas solo en las personas que tienen una enfermedad mental, sino en todos los NNA, y esto aplicaría también a las instituciones educativas. Los programas escolares de promoción de la salud mental deben enfocarse en el desarrollo de habilidades básicas de escucha, empatía, actos de compasión hacia otros, promoción del bienestar, motivación, atención al autocuidado, y, sobre todo, reconocimiento de cuándo pedir ayuda. Se debe promover una filosofía en pro de la salud mental que permea todos los niveles de la institución, desde directivos y docentes, hasta estudiantes y padres de familia.*

Para la atención de casos específicos, se recomienda que la institución educativa tenga una ruta de atención para casos específicos en salud mental, donde se especifique claramente a las personas encargadas, los procedimientos a realizar, y las estrategias generales para abordar este tipo de situaciones. El deber del personal del colegio no es brindar tratamiento, sino brindar apoyo, hacer el enlace con la familia y, si es necesario, con las instituciones y profesionales de salud mental de la comunidad, y hacer el seguimiento de que el NNA reciba la atención adecuada y oportuna. Dependiendo de cada caso, el colegio se puede determinar si es necesario realizar adaptaciones curriculares o brindar apoyo psicopedagógico.

Entrevistador. _ *¿Qué condiciones requiere un profesor para atender adecuadamente a estudiantes en las condiciones particulares dentro de la escuela?*

Entrevistado 6. _ La promoción de la salud mental en los colegios debe iniciar con el autocuidado de la salud mental por parte del personal administrativo y docente; deben convertirse en modelos a seguir, aplicando hábitos de vida positivos e incentivando su replicación en los estudiantes.

El rol de los docentes dentro de este proceso incluye el poder hablar de la salud mental. Se recomienda implementar estrategias para introducir temas de salud mental en las clases, y motivar a los estudiantes a cuidar de su propia salud mental, así como a detectar cuando pueden estar en riesgo y cómo pueden buscar ayuda. Se les debe enseñar a implementar hábitos positivos en su vida cotidiana, como estrategias para el manejo del estrés y la resolución de conflictos, y promover el contacto social y la motivación a través de actividades que estimulen el bienestar físico y la curiosidad intelectual. Se debe promover la empatía y la compasión hacia otros, así como la disposición de escuchar a los demás. Si en algún momento, un NNA se acerca a su docente para informar sobre algún problema de salud mental, este/a debe mantener la calma, asumir una actitud de empatía y evitar juzgar al NNA, usar un lenguaje que transmita calma, y proceder de acuerdo a la ruta de atención establecida en el colegio, siempre informando al NNA sobre lo que se va a hacer, dando los argumentos justos y necesarios.

Entrevistador. _ *¿Debe considerarse procesos de formación, en lo escolar, para pacientes en condición de enfermedad psiquiátrica internados? ¿Cuándo si y cuando no?*

Entrevistado 6. _ No estoy seguro a qué se refiere la pregunta con el término “internados”. Si se refiere a hospitalización, no es necesario realizar procesos de formación escolar específicos, ya que las hospitalizaciones suelen tener una duración promedio de 2-4 semanas. Si se refiere a NNA que viven internados en una institución, por ejemplo, como medida de protección del ICBF, debo dejar claro que, en la actualidad, el solo diagnóstico de enfermedad mental no es criterio para implementar una medida de internación prolongada. Dado el caso de que el NNA se encuentre internado, independientemente de que tenga una enfermedad mental o no, debe tener acceso a la educación y, si requiere que se realicen adaptaciones a nivel curricular, estas se deben realizar de manera oportuna.

Entrevista # 7 (entrevistado el 21 de septiembre del 2021)

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil, trayectoria profesional, el tipo de experiencia que hayas tenido en la Escuela.*

Entrevistado 7. *_ Entrevistado 7 egresado de la Universidad Distrital, llevó aproximadamente 13 años como docente, específicamente en bachillerato, he manejado chicos de grado sexto a grado 11, en este momento manejo estudiantes de grado sexto a grado 11, llevó 11 años en el Colegio en el que estoy actualmente. Te comento, nuestro colegio tiene unas características particulares, precisamente hay estudiantes con características específicas, por ejemplo: hay algunos estudiantes que tienen un nivel de autismo, hay algunos estudiantes que están clínicamente diagnosticados, algunos tipos de diagnósticos psiquiátricos, con un manejo desde psiquiatría; es un porcentaje pequeño, hay estudiantes que tienen esas características. Entonces, llevo 11 años en el colegio y afortunadamente he tenido la posibilidad de aprender a manejar y tenido experiencias con chicos en diferentes características.*

Entrevistador. *_ ¿Cuándo escuchas la frase “salud mental” con qué la relacionas desde tu labor y cómo ha sido tu experiencia frente a ello?*

Entrevistado 7. *_ Creo que, definitivamente el rol como docente hace que uno aprenda de diferentes cosas. Entonces, cuando se habla de salud mental, básicamente lo relaciono con aquellos estudiantes que tienen algún diagnóstico, algún manejo desde psiquiatría, desde psicología, hay muchos estudiantes que están medicados y hace que uno aprenda también a como manejarlos. Te comento también, cuando me preguntas la experiencia frente a ellos, algún caso particular: tengo un estudiante de grado décimo, de hecho, es, hijo adoptivo mío, yo soy directora de curso de ellos, es un chico que, desde su aspecto físico, desde su comportamiento, muestra ser un muchacho rebelde, muestra ser un muchacho que no le gustan que le pongan límites, entonces, entra en conflicto con aquellas personas que le van a poner esos límites. Otra característica que tenemos en el colegio es que, nuestra filosofía precisamente va hacia esa parte humana, nuestro PEI dice que “vamos hacia la humana perfección”. Nosotros somos un colegio muy humanista, nosotros trabajamos sobre la formación humana de la persona en sí, nosotros tenemos en cuenta ese contexto académico entonces, nos enfocamos bastante en la persona. Eso hace que o permite que, la relación entre estudiante y docente no sea netamente de transmisión de conocimientos y evidencia de conocimientos, sino, va muchísimo más allá.*

Por ejemplo, en este caso en particular, que te estoy mencionando, el año pasado cuando él ingresó al colegio y yo le estaba dando clase a grado noveno de manera presencial y luego de manera virtual, pude percibir que es un chico con bastantes problemáticas relacionadas con su forma de reaccionar. Entonces, a él si se le llama la atención, tendía a responder, tendía a ser altanero, cosas por el estilo. Digámoslo que, decidí plantear una estrategia para acercarme al estudiante de otra manera y, por ejemplo, empezar a identificar el contexto de la forma como él hablaba para acercarme a él. Por ejemplo, él a sus compañeros les decía “Bro” y empezó a decirme “Bro” a mí, lo que me permitió acercarme más a él. Ya este año, que tuve la posibilidad de ser su directora de curso, pude acercarme un poco más a él y pude conocer más a fondo su situación familiar, todo su tema de contexto de aprendizaje. Él es un chico que está medicado desde psiquiatría, está en proceso con psicología y está en proceso con psiquiatría, entonces, hace que además de su diagnóstico, sus procesos de aprendizaje, un diagnóstico de déficit, hace que esos procesos sean mucho más lentos; hace que no entienda, que se frustre bastante por no entender, su forma de mostrar que no pasa nada, es mostrándose como el malo, el que responde, cosas por estilo.

Entonces, al tener un mayor acercamiento a él, él es muy receptivo conmigo, bastante receptivo, cuando hablo con él me dice “ah bueno listo, te voy hacer caso Bro no te preocunes” entonces, empieza a ponerle más energía a su proceso. A él se supone que lo evaluamos por algo que se llamamos en el colegio, por mínimos, es decir, dentro de nuestra escala de desempeños y de valoración, y según el sistema de valoración que tenemos en el colegio, lo evaluamos por los mínimos. Por ejemplo, si en matemáticas le ponemos una cierta cantidad de actividades, si al estudiante le ponemos 5 situaciones y pudo abordar solamente 2, pero lo hizo de una manera apropiada, entonces, entramos a calificar esa parte y así con todas las asignaturas. Él tiene bastantes dificultades en la parte español y matemáticas, entonces, esa ha sido la experiencia que he tenido con él y que ha permitido que de alguna manera, evolucione como persona, que en términos de comportamiento ha mejorado bastante y en términos de lo académico también ha mejorado, es un poco más constante, porque él se frustraba dejaba de hacer, lo que le ocasionaba en otros colegios, la perdida de año, que lo rotularán, que lo vieran como el malo, como el que no sirve y empieza a institución a excluirlo y segregarlo.

Lo que nosotros hacemos o lo que hacemos con él, es precisamente, “venga, venga que usted si puede”, y manejar ese tipo de cosas desde la parte afectiva y también desde la parte cognitiva, y ahí vamos.

Entrevistador. *— ¿Has tenido acercamientos a estudiantes y/o colegas que se puedan catalogar en el marco de situaciones de salud mental?*

Entrevistado 7. *— Si, estudiantes hay varios, precisamente por las características del colegio, hay varios estudiantes que están diagnosticados y es muy confidente, también tengo un compañero de hecho que tiene problemas de salud mental. Hace unos dos meses, hemos tenido la posibilidad de generar cercanía y me comentó también que, precisamente, ha estado diagnosticado y ahorita nuevamente, está medicado.*

El estudiante de grado noveno, tiene déficit de atención, desde la parte cognitiva, también, tiene una afectación relacionada a la desmotivación. Una de las características, es que no le está dando sentido a la vida en la nada, eso hace que en su tema de querer hacer algo, no hay una energía, no hay una motivación para que el haga algo, eso hace que disminuya su proceso. Tiene problemas de ansiedad, diagnosticado, y sé que tiene más cosas particulares.

Entrevistador. *— ¿Qué características encuentras en este tipo de situaciones y/o condiciones particulares?*

Entrevistado 7. *— El tema de ansiedad, el tema de mostrarse altanero, de síndrome oposicional defensivo, donde muestran reacciones altaneras, cuando se les ponen límites, cuando se les llama la atención. Su estado anímico parece una montaña rusa, en ocasiones está supremamente alegre, en otros momentos supremamente bajoneados, muchas ocasiones surgen por la medicación que ellos tienen, normalmente esas medicaciones les generan a ellos, lo que hace es doparlos, tranquilizarlos, entonces, se ven cabizbajos, quietos, callados, cosas por el estilo. O en otras ocasiones, están demasiado hiperactivos, están como eufóricos, esas son como las más relevantes.*

Entrevistador. *— ¿Con qué frecuencia se ha encontrado con este tipo de situaciones? ¿Ha recibido acompañamiento formativo para el manejo óptimo de estas?*

Entrevistado 7. *— Formalmente, un acompañamiento formativo., no. Lo de la frecuencia, sí, todos los días uno maneja estudiantes de ese tipo. También, te comento. Resulta que, en el colegio, hay un programa especializado que se llama “pies”, que se encarga*

particularmente de estudiantes que tienen ciertas características, es un programa aparte, pero, que se incluye dentro del colegio, entonces, trabaja, con chicos con autismo, con síndromes, con déficit; que ya son muy marcados, y que realmente a veces a nosotros como docentes e nos sal de las manos manejar alguna población con alguna característica en particular. Ellos, nos han dado varias charlas, de pronto sobre el manejo de estudiantes; no ha sido así formal, de que de pronto haya un diploma o algo por el estilo; creo, que se ha sido el único acompañamiento formativo. Definitivamente, el acompañamiento más importante que he tenido, es precisamente la experiencia que llevo en el colegio, porque el colegio tiende a tener características, donde incluye este tipo de estudiante, entonces, el día a día, ha generado que uno vaya adquiriendo ciertas herramientas, la lectura que haga de diferentes documentos, cosas por el estilo que le permitan a uno poder enfrentarse y poder manejar a estudiantes como ellos.

Entrevistador. _ *¿Posee las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se pueden observar, desde su rol docente?*

Entrevistado 7. _ Si totalmente, uno aprende a identificar ese tipo de características, ese tipo de estudiantes. Tenemos una ventaja en el colegio y es, que tenemos poquitos estudiantes en el salón, hay salones de 15 estudiantes, hay salones de 10 estudiantes. El hecho de trabajar un poco más personalizado, le permite a uno hacer un mayor seguimiento a cada uno de los estudiantes, ¿Qué sucede con el trabajo que uno hace día a día con ellos?, pues uno que, le permite identificar pues su proceso de aprendizaje, por ejemplo, en relación con la participación que el estudiante haga, en como entrega las actividades, en como aborda las actividades, en cómo es su comportamiento en los descansos, dentro de la jornada escolar como es su comportamiento, entonces, eso hace que uno pueda identificar, ¡oiga! Aquí de pronto puede suceder algo porque este comportamiento es un tanto distinto o fíjese de pronto que cuando al estudiante se le pregunta, él no tiene esa habilidad para responder lo que se le está preguntando.

Entonces, uno empieza a identificar cosas, como mire que cuando se le llama la atención él responde de una manera agresiva, es que mire que en ocasiones lo vimos eufórico ayer, pero, hoy esta de estado de ánimo súper bajito y está ahí a veces solo, o esta con desanimo, no es la misma persona que habitualmente es, ese tipo de características hace que uno pueda identificarlas precisamente por el tamaño de la población en cada salón. Y ya, cuando uno, algo afortunado que uno tiene, es que cuando uno tiene indicios, como el bajo rendimiento que es lo habitual, hay indicios de que un estudiante tiene bajo rendimiento por las notas que tiene, entonces, que se hace normalmente, primero de habla con el estudiante, de modo que le pueden estar comentando en el momento o no, no es tan fácil que un estudiante se abra de modo que le pueda comentar las cosas a uno, entonces, se le empieza hacer el seguimiento, desde la parte académica y la parte convivencial, precisamente por esos comportamientos altaneros que tenía, o que tiene. Ya como se habló con el estudiante, pasamos a la siguiente estancia que son los padres de familia, que sucede en ese caso, entonces, los padres verifican si están en proceso o no.

Hago la aclaración, es que, siempre que entran los estudiantes al colegio, entran con una caracterización y a nosotros iniciando año, nos socializan a los estudiantes que tienen unas características particulares. Cuando uno habla con los papás, en caso de que en el transcurso a uno se le olvide, hablar con los papás ayuda en saber, si está en proceso psiquiátrico o cosas por el estilo, entonces, uno recuerda y empieza a hacer un seguimiento mucho más fuerte de acompañamiento.

Entrevistador. *_ Ante la existencia de compromisos cognitivos (moderados y profundos) ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población? ¿En qué casos?*

Entrevistado 7. *_ Lo que te mencionaba ahorita. Con ellos, entonces, dependiendo del diagnóstico, se establece una flexibilización en términos del currículo, en términos de lo que ellos deben ver y también en términos de lo que ellos deben entregar, lo que ellos tienen que evidenciar. Entonces, por ejemplo, este chico de grado décimo, uno le puede exigir como un chico del aula regular, pero en el momento de calificar o de evaluarlo, pues uno revisa, uno entra a mirar su proceso de aprendizaje.*

El estudiante normalmente tiene dificultades en matemáticas y lenguaje, entonces, de las 5 actividades que se le puso hizo 2, y cuando se habló con él, dio cuenta de esas situaciones que se le puso, se le evalúa esa parte, normalmente se le pone una nota de 3,7, que es con la nota mínima con la que nosotros trabajamos igual se le sigue acompañando. Yo, por ejemplo, les sigo exigiendo de la misma forma que a todos, he visto y me ha funcionado, que cuando hay estudiantes así y se le exige igual, ellos dan un poquito más, porque también he percibido que cuando es evidente ellos tienden aprovecharse, y relajarse, entonces, su proceso tiende a involucionar, no, igual, igual para todos, pero, cuando se evalúa, se revisa esa parte. Y que, hay estudiantes que evidentemente hay un punto donde no dan, por ejemplo, tengo un estudiante de grado 11, no es como tal relacionado a lo emocional, él tiene autismo, ha evolucionado bastante, tiene tourette, llega a un punto donde su nivel de cognición ya no dio más, entonces, con él, ya es lo mínimo, entonces, “escribió del tablero”, ya con eso lo evalúo porque no puede dar más, ni siquiera en este momento está logrando escribir, entonces, ese es un manejo mucho más delicado, con más detalle, para estos casos que ya tienden a ser crónicos.

Entrevistador. *_ ¿En qué cambia el diseño, la gestión y la planeación en matemáticas, en los casos que ha abordado?*

Entrevistado 7. *_ Me hiciste recordar de otro caso, tenemos una estudiante de grado sexto, de hecho, estuvo hospitalizada en clínica psiquiátrica, en esos casos particulares, donde esta hospitalizados, donde llega la hospitalización, nada, no se estrese, usted vaya y recupérese, el colegio está pendiente, el colegio hace un acompañamiento a los papás, ¿cómo van?, ¿en qué hay que ayudar?, la idea es que se recupere emocionalmente, vuelva al aula, y ya empezar a mirar muy lentamente lo que el estudiante pueda dar, sé que estuvo más o menos 20 días. Entonces, ella retorno al aula, más o menos, hace 15 días, entonces, a indicación para ella es, lo que ella en este momento de, ir exigiéndole, de a poquitos, de poquitos, porque también tienden a ser muy manipuladores este tipo de estudiantes, de pronto se aprovechan de, ir exigiendo, tranquila, porque igual, sé que tú puedes dar y algo supremamente importante desde esa parte afectiva es, ese vínculo que se genera el docente, no solo es entregar, sino intentar motivar, de usted puede, usted puede salir de esa situación. El proceso de ellos tiende a ser más lento, se termina el año y no han terminado, porque estuvieron hospitalizados, tuvieron problemas o síntomas de tendencias suicidas, entonces, a ellos se les da el plazo, por ejemplo, con la chica de sexto se está manejando de esa manera. Ahí, ya lo llamamos proceso abierto, se deja el proceso abierto de ellos, en cuánto a su parte académica y a medida que ellos van entregando y se va dando cuenta de sus procesos, se va cerrando el trimestre o lo que se necesite cerrar.*

En términos del currículo, en términos del diseño de actividades, en términos de esa parte académica específicamente, ¿qué se hace con ellos?, digámoslo, que no se le cambia las actividades, no se planean algunas actividades distintas, precisamente para no generar un tema

de segregación, puede suceder que en algún momento, dado el diagnóstico que ellos tienen, por ejemplo, cuando son depresivos, con tendencias suicidas, los chicos, se afectan mucho más, pero, sigue igual a medida de que vaya dando, entonces, a medida que vaya dando el resultado, en los procesos, pues se va evaluando esos mínimos de lo que hay, específicamente ya cada profesor tiene su criterio para evaluar al estudiante, cada profesor define desde esa parte académica qué y cómo debe entregar el estudiante, que es validado desde dirección académica, no hay una indicación específica de, ustedes deben planear tal cosa la idea es seguir el currículum con ellos, pero, más lento, al ritmo de ellos.

Entrevistador. *_ Desde su experiencia ¿Se debería abordar los conocimientos regulares -plan de área pre establecido- en los estudiantes con discapacidad o enfermedades mentales?*

Entrevistado 7. *_ Si, pues, nosotros lo manejamos de esa manera, manejamos el mismo currículum, si flexibilizado, obviamente muy flexibilizado, pero, se maneja de la misma manera. Por ejemplo, te comento de otra chica, hay una chica en este momento que de hecho fue desescolarizada, también por una situación económica de sus padres y también, por su parte emocional, y que también tiene un diagnóstico, entonces, el manejo con esta chica fue, hay una instancia en el colegio y es que hay una apoyo extracurricular, es decir, son profesores particulares, que van al colegio, los estudiantes no entran a aula regular, entran a algunas materias, pero, no a todas, y en esas materias donde hay mayor dificultad y se ve que el proceso es mucho más difícil, entonces, estos profesores particulares son los que se encargan de trabajar con ellos de forma personalizada, uno a uno. Entonces, en este caso, de esta chica que te menciono, que está en grado noveno, ella particularmente se le dan los contenidos, se le dieron los contenidos al profesor, y es el profesor quien finalmente decide si aborda todos los contenidos o si de alguna manera le da prioridad a los que considere que son de mayor relevancia, por decirlo de alguna forma. Tu sabes que, cuando uno maneja ciertos temas o contenidos en matemáticas se les da prioridad a algunos temas. La idea es que los aborde todos de acuerdo a esa malla, pero, también, igual, a su ritmo, entonces, hay procesos en un tipo de estudiante, que pueden durar en año y medio, terminar el grado en el que están, entonces, es otra manera de manejar, por lo que es muy relativo al estudiante, a las características, pero, si respondiendo a la pregunta, más que sea apropiado o no sea apropiado, nos ha funcionado, que se mantenga el mismo currículum que los estudiantes del aula regular.*

Entrevistador. *_ ¿Qué procesos de las matemáticas escolares potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?*

¿Cómo podría ser (o ha sido) el desarrollo de este proceso, cuando lo gestiona en el aula?

Entrevistado 7. *_ Bueno, cuando yo escucho las palabras ¿qué procesos desde las matemáticas?, yo lo veo de la siguiente manera: cuando yo hablo de procesos en matemáticas, tu mira, los estándares curriculares, de hecho, no definen que es una competencia, hablan de unos procesos que los relacionan con esas competencias del saber hacer, del saber actuar en contexto, informalmente. O cuando tu miras los documentos de pisa, te vas a dar cuenta que los procesos matemáticos se acercan mucho más a lo que son las competencias, o lo que se define como competencia, entonces, si yo hablo de esos procesos, yo pienso automáticamente en, por ejemplo, desde pisa, en una interpretación, e una comunicación y en un razonamiento, que básicamente incluye, otras acciones, que se llaman capacidades matemáticas, de empleo, interpretación y formulación, desde los procesos en pisa, pero, los procesos en matemáticas,*

están relacionados con las competencias, razonamiento, y argumentación, comunicación, representación, modelación, planteamiento y resolución de problemas, que están relacionados con otro tipo de acciones que en algún momento el estudiante, activa o pone en acción para abordar diferentes situaciones, si de pronto esos procesos me los mencionas como el algoritmo, te preguntaría, a qué te refieres, cuando mencionas procesos en matemáticas.

Entonces, digámoslo que eso también es relativo al estudiante, a las características del estudiante, entonces, por ejemplo, si yo veo que el estudiante, tiene mayor habilidad o mejor fortalecida parte de razonamiento y argumentación, entonces, de alguna manera me enfoco hacia esa parte y fortalezco ese elemento. No obstante, un elemento que es característico es que trabajo fuertemente desde esas competencias, desde esas acciones, desde esas habilidades que permitan dar cuenta de ese proceso, digámoslo que equitativamente, desde los 3 procesos, desde las 3 competencias que se mencionan. Pero, cuando hay evidencia que fortalece más uno que el otro, intento irme más por ese lado, entonces, yo veo que el estudiante es muy bueno razonando, sin necesidad de hacer un algoritmo, dentro de la competencia de comunicación y modelación me empiezo a ir por ese lado, pero, si yo veo que el estudiante, se le facilita dentro de la competencia de resolución de problemas, el voleo de lápiz, e algoritmo como tal, entonces, tiendo a enfocarme en esa parte, entonces, es muy relativo acá.

Entonces, si yo me enfoco en el estudiante de grado 11 que te estaba diciendo, ahorita es muy complicado, en algún momento dar cuenta de alguna, porque ya ni siquiera está copiando, entonces, es muy difícil hacer que el estudiante me fortalezca alguna competencia y desarrolle esta competencia, entonces, para mí que copie del tablero, es una evidencia que le voy a evaluar mínimo en 3,7, porque ya no da más. Uno estudiante, como te mencionaba, el de grado décimo, que es más de razonamiento, me empiezo a enfocar, en cuando yo lo abordo a él, no está explícito en una actividad, pero, cuando yo lo abordo a él empiezo hacerle preguntas. Digamos, que mis prácticas ahorita en el aula, se está enfocando a que los estudiantes tengan la capacidad de identificar errores precisamente cuando abordan las situaciones, como identificar cuál fue error que el cometió, etc.

Normalmente, este tipo de estudiantes, con diagnóstico tienden a tener mucha dificultad, desde lo algorítmico, mucha dificultad, les cuesta bastante, hay que llevarlo hacia esa competencia, de razonamiento y argumentación. Obviamente, el planteamiento y la resolución de problemas les va a costar bastante, entonces, eso hace que intente manejar las 3, pero, me enfoco más hacia esa de razonamiento, haciéndole cierto tipo de preguntas que me den cuenta y lo importante de alguna es que ellos den cuenta, de que hay un proceso de aprendizaje.

No es explícito no está en el papel, de que, a este estudiante, yo deba abordarlo de esta manera, o que las actividades sean particularizadas, como te digo, el currículo se mantiene. Algo que yo empecé hacer y que ha servido bastante, es que, ellos identifiquen la competencia en la que están, si yo les pongo una situación, les digo venga que competencia es esta, eso hace que los estudiantes, empiecen a identificar las características de esa competencia. Sí, yo les pongo, por ejemplo, una situación, donde, pongo unos pasos y hay un error, les digo venga, que competencia es esta, ah bueno, esa es de razonamiento, por tal y tal cosa.

Entonces, que sucede con este tipo de estudiantes, por ejemplo, el de grado décimo, yo pongo la actividad, común y corriente para todos, cuando voy haciendo esa orientación y ve que el estudiante está perdido y no ha podido empezar por x o y razón, entonces, empiezo hacerles preguntas, dependiendo de la circunstancia, porque hay circunstancias donde no se les da la gana de empezar porque no entiende nada y prefiere coger el celular, eso puede suceder.

Pero, cuando yo veo que tiene la intención, pero, no está entendiendo, les digo, intente extraer la información, es algo que se le dificulta bastante a los estudiantes de manera general, extraiga la información para que pueda entender lo que va a hacer. Pero, ya cuando lo llevo a que ese estudiante, haga ese paso a paso, es que active esas acciones paso a paso, lentamente, va a generar en el estudiante, que lo haga de alguna manera, desde preguntas y comentarios que lo lleven hacia allá.

Entrevistador. *— ¿Cuáles han sido los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debe enseñar y cómo evaluarlo, en poblaciones como las mencionadas?*

Entrevistado 7. *— Nosotros de manera general, deberíamos manejar todos los docentes, los lineamientos, los estándares, los DBA, las matrices, pisa, empecé a trabajar bastante con pisa, desde la parte de referentes, desde esa parte específica hacia la situación, pues no hay un documento como tal legal, pero, si lecturas que uno hace de acuerdo a las características que se presentan o según el diagnóstico, artículos pequeños, cosas que me permitan a mi ver como lo manejo de otra manera, nosotros trabajamos por ejemplo, con EPC (enseñanza para la comprensión), la documentación correspondiente, como construir una unidad didáctica desde la EPC, y hacer precisamente nuestra planeación.*

Entrevistador. *— ¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?*

Entrevistado 7. *— De hecho, tiendo hacer una continua reflexión sobre lo que soy como docente y lo que hago como docente, y me gusta generar conversaciones con colegas. Precisamente, tengo una colega que trabaja en un colegio muy importante de Bogotá, con un nivel muy alto, y en algún momento, comentábamos los efectos que ocasiona la cuarentena a los estudiantes, de manera general. Entonces, me comentaba que en esos días tenía una estudiante que se había empezado a cortar en el colegio, hizo una afirmación, y es que la idea era que los demás no se enterarán, si es oportuno que los estudiantes no se enteren y concluyó diciendo que no se mostrará tanto por la reputación que tiene el colegio, tiene una muy buena reputación, para no dañar la reputación del colegio. Creo yo que es importante que el colegio revise este tipo de situaciones y no es común que suceda este tipo de situación en un colegio con esas características, dado que normalmente, no reciben estudiantes con característica así, es decir, reciben un estudiante que tenga un nivel académico supremamente alto, y que se mantengan. Eso, lo lleva a uno a pensar muchas cosas, por ejemplo, como abordan esa parte humana, como abordan esa parte de la persona, cuando tienen afectaciones como estas, entonces, de hecho, le hice esa reflexión, en, como aborda esa parte humana, porque en el colegio en el que yo trabajo es algo cotidiano y uno se encuentra con esas situaciones todo el tiempo, es común y hace parte de nuestra filosofía.*

Nosotros manejamos esa parte académica sin dejar de lado esa parte humana, y precisamente, fortalecerla desde esas situaciones en particular, como sacar a un chico adelante cuando tiene una particularidad. Entonces, genera la reflexión uno como docente porque si uno entra en pánico y no tiene las herramientas y de alguna manera, es ajeno a ese tipo de situaciones, entonces, mi rol docente donde está quedando desde ese contexto social y fíjate en las estadísticas como se aumentaron drásticamente respecto a situaciones que afectan la salud mental durante la cuarentena.

Entonces, que me dejó la reflexión, es que, definitivamente, hay muchos colegios y muchos docentes, que son ajenos a eso, unos porque no tienen la información, otros, porque seguramente en su institución no hay población como esa, entonces, no me interesa, o no tienen la capacidad de identificar o no identifican las situaciones, o porque sus características es

solamente el perfil académico, y mire como usted soluciona, y pues a producir. Entonces, deja una reflexión bien importante a nosotros como docentes, como estamos asumiendo el rol como docentes, dentro de una sociedad, con los estudiantes de hoy. Nosotros nos enfocamos en esa persona, como saca uno adelante a ese estudiante con ese tipo de características, que sea funcional desde una sociedad, que pueda desenvolverse y que pueda aprender a manejar ese tipo de situaciones, podemos decir, que hay casos de éxitos otros como que no tanto, nos enfocamos mucho en esta parte.

Entrevista # 8 (entrevistado el 22 de septiembre del 2021)

Entrevistador. **_ Podría compartirnos su perfil y trayectoria profesional.**

Entrevistado 8. **_** Buen, la experiencia. Yo me gradué en el 2009, de la Universidad Pedagógica Nacional, y he trabajado casi continuamente durante todo este tipo hasta este año, en diferentes colegios, también, he estado de provisional en el Distrito, y también, he trabajado con clases personalizadas.

Entrevistador. **_ ¿Cuándo escuchas la frase “salud mental” con qué la relacionas desde tu labor y cómo ha sido tu experiencia frente a ello?**

Entrevistado 8. **_** Tiene que ver con las capacidades cognitivas que tiene alguna persona para resolver algún proceso matemático, me imagino, no estoy seguro.

Entrevistador. **_ ¿Has tenido acercamientos a estudiantes y/o colegas que se puedan catalogar en el marco de situaciones de salud mental?**

Entrevistado 8. **_** Una pregunta, salud mental se refiere a la parte cognitiva, o a que se refiere con salud mental. Entonces, sí. Si he tenido estudiantes que tengan esta condición de dificultad cognitiva, incluso, en colegios donde he trabajado anteriormente, si he tenido estudiantes de ese tipo.

Entrevistador. **_ ¿Qué características encuentras en este tipo de situaciones y/o condiciones particulares?**

Entrevistado 8. **_** Era complicado, tenía poco acceso a su estado clínico o mental, pues no es lo normal, que un profesor indague tanto, a no ser que, sea director de grupo. En ese momento, no era director de grupo de esos estudiantes, entonces, no indaga mucho acerca de su historia clínica, pues no sabía uno cuales eran los estudiantes con esas dificultades cognitivas no tan complicadas, eran más bien leves, pero, que yo indagaría sobre las dificultades cognitivas que tenían ellos, en realidad no.

Entrevistador. **_ ¿Posee las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se pueden observar, desde su rol docente?**

Entrevistado 8. **_** No. Y cuando trabajaba con el distrito de provisional, eran más recomendaciones generales, que las actividades tenían que tener un contexto diferente, o cosas específicas con los estudiantes para que las pudiera comprender, y que las evaluaciones debían ser diferente lógicamente a la de los demás compañeros, acompañamiento, si, recomendaciones generales de psicopedagogía.

Entrevistador. **_ Ante la existencia de compromisos cognitivos (moderados y profundos) ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población? ¿En qué casos?**

Entrevistado 8. **_** Si, cuando hice las prácticas de la Universidad, en el Liceo pedagógico de la Universidad Pedagógica y pues allá tenía que trabajar con adultos mayores que también, estaban mezclados con estudiantes con dificultades cognitivas, estudiantes de 23 años, que, aunque no eran tan mayores, eran consideradas como población adulta, que estaba fuera del ámbito escolar.

Cuando estaba trabajando con el distrito, era más planear actividades que tuviera en cuenta el contexto en el cual el estudiante vivía, situaciones particulares de la vida diaria, por ejemplos, problemas aritméticos, muy de la vida diaria, muy de la vida real, no tan abstractas, y que tengan un nivel de dificultad menor, y la evaluación, tenía que tener ese aspectos, y mirar cómo les podría ayudar a comprender el concepto matemático o el proceso matemático, pero desde el punto de vista más real, o propio del ambiente en el cuál trabaje.

Entrevistador. *— ¿En qué cambia el diseño, la gestión y la planeación en matemáticas, en los casos que ha abordado?*

Entrevistado 8. *— En parte si, y en parte no, porque cuando se habla de plan de área, de hace más a la parte de lo legal, de acuerdo a los parámetros del gobiernos, de acuerdo a los parámetros curriculares, a los lineamientos y pues lo que uno trata es de acomodar a las situaciones, y acomodarlas de una forma más práctica, y en el plan de área uno colocar un aspecto más relacionado a eso, en el caso de que se encuentra uno con estudiantes con dificultades cognitivas, pues, se va a tratar de aplicar más que conceptos, más referentes a la vida normal, más de sus ámbitos, van a tener un ambiente diferente, más adulto, y lógicamente, cuando empiece a desempeñar la vida laboral, va a tener un contexto más de lo laboral, más del entorno, tratar de acomodar situaciones matemáticas, conceptos más relacionados a la realidad, más al entorno, al cual están relacionados o inmersos ellos.*

Entrevistador. *— Desde su experiencia ¿Se debería abordar los conocimientos regulares -plan de área pre establecido- en los estudiantes con discapacidad o enfermedades mentales?*

Entrevistado 8. *— Pues, los procesos con los estudiantes, sería más enfocado a la aritmética, en la parte geométrica, esos serían los procesos más importantes que desarrollaría uno, porque las personas con dificultades cognitivas tendrían más habilidades hacia parte geométrica, puede tomar más ese camino, más un proceso aritmético, geométrico que algebraico.*

Entrevistador. *— ¿Qué procesos de las matemáticas escolares potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?*

¿Cómo podría ser (o ha sido) el desarrollo de este proceso, cuando lo gestiona en el aula?

Entrevistado 8. *— En realidad, todo se puede enseñar, desde un punto de vista más aterrizado, el criterio es, tratar que, todos esos conceptos matemáticos aterrizados a la realidad para esas personas, yo puedo trabajar al mismo tiempo con personas que tienen a plenitud sus condiciones cognitivas, con los que no tienen dificultades cognitivas, pero, lógicamente cuando vaya a la parte más cognitiva, trato de diferenciarlos, a los estudiantes de los otros estudiantes que tienen dificultades ya que son poquitos, hacer algo más personalizado, acompañándolo al lado, explicándole, mostrándole, la realidad, los contextos reales, el concepto matemático y geométrico, y sería acompañarlo más personalmente, no todo el tiempo se puede hacer eso de estar acompañando dado la cantidad de estudiantes, se puede hacer en momento en que se necesite ese acompañamiento personal.*

Entrevistador. *— ¿Cuáles han sido los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debe enseñar y cómo evaluarlo, en poblaciones como las mencionadas?*

Entrevistado 8. _ Con la evaluación, debe ser diferencial lógicamente, no puede ser la misma evaluación que le haga a un estudiante con sus condiciones plenas de un estudiante que tiene dificultades cognitivas, entonces, simplemente, valorarle más el proceso que el resultado, normalmente a un estudiante se le evalúa el resultado, pero, a los que tienen dificultades cognitivas se les debe evaluar el fin. En la parte en la que trato de llevarlo a la solución del problema, también me valgo mucho, de la parte explicativa, la parte oral, y también, sería una evaluación mucho más específica, que de pronto puede tener los mismos puntos, pero dejo de lado algunos puntos en la parte evaluativa, y me enfoco más en otros puntos, como la parte oral, el proceso matemático, el proceso actitudinal, de cómo está llevando el proceso y la forma como el estudiante quiera aprender vale, que no sea básico, sino que quiera aprender, se le evalúa esa parte actitudinal y el compromiso, y el interés hacia la materia.

Entrevistador. _ *¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?*

Entrevistado 8. _ No, más que todo es desde la experiencia, desde lo que aprendí en la universidad y la experiencia que tuve en las prácticas con estudiantes que tenían esa dificultad, era más experiencia empírica al momento de atender esa situación, uno tenía que echar mano de la experiencia que uno tenía cuando se le presentaba estudiantes de ese tipo, aunque a veces era muy complicado, uno lo hacía con lo mejor que pudiera, pero, bases legales, muy pocas.

Entrevista # 9 (entrevistado el 22 de septiembre del 2021)

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil y trayectoria profesional.*

Entrevistado 9. *_ Soy Licenciada en Educación Básica, en el colegio que actualmente laboró es mi año 35, llevo 35 años en ese colegio, tuve experiencia antes en dos colegios, tuve la posibilidad de laborar desde que salí de bachillerato porque estudié bachiller pedagógico y luego, hice un técnico, por último, la licenciatura, por eso he estado todos estos años como experiencia docente.*

Entrevistador. *_ ¿Cuándo escuchas la frase “salud mental” con qué la relacionas desde tu labor y cómo ha sido tu experiencia frente a ello?*

Entrevistado 9. *_ Entiendo que se relaciona en cuanto a cómo se siente la persona, como está frente a las decisiones que debe tomar, en todos los aspectos de su vida, y en mi aspecto, en el aspecto docente, es importante que un niño se encuentre saludable tanto física como mentalmente, para que pueda adquirir el conocimiento. Si uno tiene una circunstancia, sea cual sea, familiar, que le impide estar saludable, pues de esta manera no va haber aprendizaje.*

Entrevistador. *_ ¿Has tenido acercamientos a estudiantes y/o colegas que se puedan catalogar en el marco de situaciones de salud mental?*

Entrevistado 9. *_ Si, estudiantes y compañeros. En cuanto a estudiante, uno de ellos tenía problemas mentales, porque tuvo una situación difícil, que causó un choque, porque el vio como una niña, su mejor amiga, caía del tercer piso, y murió frente a él. Entonces, este niño tenía problemas como de arrancarse las pestañas las cejas, hablar constantemente de suicidio, y entonces, a él se le dificultaban ciertos temas, porque estaba pensando en otras cosas, pasan los años, y ya se volvió adolescente y continua con el mismo problema. Y en cuanto a problemas de lenguaje, una niña que los padres trataron de ayudarla, el colegio realiza la inclusión, y de tener en cuenta el proceso de desarrollo, el nivel de desempeño de cada estudiante, pero, la niña tenía problemas cognitivos de nacimiento, entonces, ella escribía como hablaba, aún escribe, porque ahora es una señorita y continúa con los mismos problemas; ella alcanzó a estar en el colegio hasta grado octavo, y la mamá la trasladó a un colegio de educación especial, en un instituto. Y una compañera tuvo una situación difícil y trato de perder, la conciencia de lo razonable, de confundir lo real con lo ficticio, y entonces, ella tuvo que ser hospitalizada en una institución.*

Entrevistador. *_ ¿Qué características encuentras en este tipo de situaciones y/o condiciones particulares?*

Entrevistado 9. *_ Si claro, que es difícil. En el caso de uno como docente requieren más tiempo, estos niños con unas dificultades, un tiempo adicional, porque si uno lo tiene si se realiza la inclusión, pero, si uno está con ellos debe dejar de lado al grupo, pero, si esta con el grupo, tiene que dejar de lado a ellos, entonces, si tiene unas características que hace que se le deba dedicar mucho más tiempo.*

Entrevistador. *_ ¿Con qué frecuencia se ha encontrado con este tipo de situaciones? ¿Ha recibido acompañamiento formativo para el manejo óptimo de estas?*

Entrevistado 9. *_ Si, ha sido en todos estos años de experiencia como unas 3 veces, también tuve con una niña, que cuando era bebe tuvo una fiebre demasiado alta, entonces, ella perdió una parte neuronal, y no solo su parte cognitivo sino el movimiento de algunos dedos de su mano, entonces, con ellos tenía que trabajar diferente, veíamos los mismos temas, pero,*

a un nivel mínimo, se le exigía lo mínimo del conocimiento frente a esos temas y se le tenía que dedicar tiempo en las tardes. Y sí, he recibido acompañamiento del colegio, de la psicóloga, de la fonoaudióloga, para uno poder llevar a estos niños a que finalicen el curso y que los compañeros los traten con el debido respeto.

Entrevistador. *— ¿Posee las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se pueden observar, desde su rol docente?*

Entrevistado 9. *— Digamos, que un título como tal, no. Pero, la experiencia a través de los años si, hace que uno pueda identificar que niños presentan estas condiciones, desde el mismo momento, en que uno habla con ellos, como se expresan, como escriben, como se sienten, sí. Pero, son herramientas que uno va adquiriendo con la experiencia y no es que uno haya hecho un estudio en específico.*

Entrevistador. *— Ante la existencia de compromisos cognitivos (moderados y profundos) ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población? ¿En qué casos?*

Entrevistado 9. *— No sé si los casos que he tenido sean considerados de retardo mental, pero, yo los he llamado, dificultades cognitivas, que no están igual a los demás niños. La metodología, pues trabajar aparte con ellos, dedicarle un tiempo extra, ser más gráfico, más ilustraciones, imágenes, que los ayude a entender mejor lo que uno quiere enseñarles. Y casos puntuales, por ejemplo, de la niña que te dije que tuvo fiebre, que tuvo está perdida de neuronas, su memoria era a corto plazo, ella entendía lo que uno le explicaba en el momento, pero, a la hora, ya se le había olvidado, entonces, con ella tocaba en forma de juego; por ejemplo, en el caso de enseñarle a dividir, entonces, tocaba tomar cada cifra, y ponerle un nombre, encerrarlo en una gráfica, en un color diferente, para que identificar unidades con unidades, y decenas con decenas, y por ejemplo, no decirle, cuánto cabe tanto, sino decirle “si este número baila con este” entonces, cuánto le falta y buscar en las tablas, entonces, tocaba herramientas más lúdicas.*

Entrevistador. *— ¿En qué cambia el diseño, la gestión y la planeación en matemáticas, en los casos que ha abordado?*

Entrevistado 9. *— Yo realmente, no cambiaba el diseño, sino al final, digamos en la metodología, lo influía y lo especificaba entonces, decía el nombre de la estudiante, lo que iba a realizar y el tiempo adicional, pero, era la misma planeación, sino que yo la incluía aparte. Como el MEN da la posibilidad de clasificar, los aspectos básicos que debe adquirir un estudiante, y por eso las calificaciones, son, sobresaliente, básico, entonces, le da a uno la posibilidad de que, a ellos, por los menos tengan el conocimiento mínimo.*

Entrevistador. *— Desde su experiencia ¿Se debería abordar los conocimientos regulares -plan de área preestablecido- en los estudiantes con discapacidad o enfermedades mentales?*

Entrevistado 9. *— Es como una dualidad, porque si estamos hablando de inclusión, entonces, pensando en los niños, es bueno que los niños aprendan aceptar el respeto por la diferencia, y que los niños compartan con personas diferentes a ellos. Pero, para uno como docente sería una recarga de trabajo, si yo tengo esa inclusión debo hacer una planeación para los niños regulares, y otra parcelación para los niños que tiene estas dificultades, por eso diría que es una dualidad, por eso debemos verlo desde ambos puntos.*

Entrevistador. – *¿Qué procesos de las matemáticas escolares potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?*

¿Cómo podría ser (o ha sido) el desarrollo de este proceso, cuando lo gestiona en el aula?

Entrevistado 9. – Yo pienso que, en ellos, debe ser más gráfico, más de imágenes, más de colores, a diferencia que, a otros niños, que yo les puedo decir, que 5×4 , es lo mismo que 4×5 , y ellos lo entiendes, pero, estos niños con dificultades, no, entonces, con ellos, se debe mostrar con “palitos” o con otros elementos, de esa manera me funcionó.

Entrevistador. – *¿Cuáles han sido los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debe enseñar y cómo evaluarlo, en poblaciones como las mencionadas?*

Entrevistado 9. – Yo tomo como referencia, el programa básico que propone el MEN, hay unos estándares básicos de enseñanza, entonces, yo los tomó, y de ahí miro, y como que me proyecto. Por ejemplo, este niño, hasta dónde puede llegar, miro sus necesidades y de ahí tomo, que es más importante. Estoy con los numero decimales, entonces, que es mejor, que el niño entienda que el número decimal este formada por dos partes, eso es lo básico, que entienda 2 unidades y 5 décimas o que haga aproximaciones, pues, él no va a necesitar aproximaciones, sino enterarse y relacionarlo con la vida. Entonces, yo, siempre me dirijo a qué necesita saber un niño con estas dificultades.

Entrevistador. – *¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?*

Entrevistado 9. – Bueno, pues realmente, de bases legales no conozco, el colegio me comunica. A veces, el colegio ha comunicado o a veces el docente identifica, y pues seguir el conducto regular, con los directivos. Por ejemplo, al colegio llegó una niña, que habla bastante y se expresa bastante, pero, el problema de ella es de análisis, habla demasiado, pero, no comprende lo que habla, ella en las clases no participa de sobre lo de la clase, sino de otras cosas, pero, en realidad se aleja del tema. A veces, uno como docente, debe ser un “todero”, tiene que ser psicólogo, docente, madre, amiga, todo con los niños ahí, entonces, uno se da cuenta que, en el quehacer diario, que cuando se matriculo, en el filtro, la persona de las entrevistas pudo ser que no dieron cuenta. Pero, legalmente solo sé que existe la inclusión.

Este año supe, que, por el tema de pandemia, el MEN, dio la posibilidad de mirar los temas que ellos dan, pero, hay libertad de lo que uno alcance a enseñar, esa es la ley que supe, pero, realmente que yo sepa de bases legales, no.

Entrevista # 10 (entrevistado el 22 de septiembre del 2021)

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil y trayectoria profesional.*

Entrevistado 10. _ Yo también soy de la Universidad Distrital, de la Licenciatura en Educación Básica con énfasis en Matemáticas, llevo más o menos, más de 13 años laborando en el campo educativo, empecé a trabajar con adultos y con jóvenes que tenían dificultades académicas, después seguí en esa línea de trabajar en bachillerato, después, empecé a trabajar con niños en primaria, en las prácticas de la Universidad, empecé a trabajar con primaria, mi perfil se apunta más a la parte de bachillerato. Actualmente, estoy terminando la maestría en La Evaluación y el Aseguramiento de la Calidad de la Educación. Y con respecto a lo que me comentabas sobre el objetivo mi tesis si la hice encaminada hacia la población sorda, entonces, digamos que, de alguna manera, trabaje con niños que tienen alguna discapacidad.

Entrevistador. *_ ¿Cuándo escuchas la frase “salud mental” con qué la relacionas desde tu labor y cómo ha sido tu experiencia frente a ello?*

Entrevistado 10. _ Hay varios aspectos relacionados con la salud mental, no solamente, con niños con discapacidad, sino que, dentro de sus funciones normales, que tienen que estar todos los días haciendo diferentes tipos de actividades para que no solamente conectar lo que son los aspectos cognitivos sino los relacionados con su parte física. La salud mental, me parece que está relacionada, no solo con la parte cognitiva, sino con el desarrollo físico, emocional que pueda tener una persona, entonces, yo creo que se conectan las 3.

Entrevistador. *_ ¿Has tenido acercamientos a estudiantes y/o colegas que se puedan catalogar en el marco de situaciones de salud mental?*

Entrevistado 10. _ Respecto a la capacidad intelectual, no he tenido la experiencia, he tenido experiencia con niños que tenía discapacidad auditiva, pero, digamos que las capacidades cognitivas eran iguales a las de los otros niños, sino que tienen un retraso escolar, porque los procesos se desarrollan muy después por el lenguaje de señas que se utiliza, pero, digamos que con esas características que tú me dices, no.

Entrevistador. *_ ¿Qué características encuentras en este tipo de situaciones y/o condiciones particulares?*

Entrevistado 10. _ Una de las formas que podría decir, que se puede caracterizar, es con situaciones donde los niños sufren de mucho estrés, donde los niños no pueden acoplarse a la situación social de sus compañeros, o no pueden convivir en grupos, o que sufren de depresión, que lloran mucho, que son irritable. Pues, hay diferentes tipos de características para uno determinar que están en ese tipo de condición, físicamente o en la forma en que se expresan uno los puede categorizar.

Entrevistador. *_ ¿Con qué frecuencia se ha encontrado con este tipo de situaciones? ¿Ha recibido acompañamiento formativo para el manejo óptimo de estas?*

Entrevistado 10. _ No, realmente, no me encontrado con ningún caso de situación de la que tú me dices. Digamos que, si debería haber un acompañamiento formativo, no solo por parte del docente sino desde psicología, o de la institución. Pero, también creo que debe haber instituciones con ese tipo de personas para que puedan trabajar con ellas, porque digamos que el tipo de necesidades de enseñanza y aprendizaje son totalmente diferentes.

Entrevistador. *— ¿Posee las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se pueden observar, desde su rol docente?*

Entrevistado 10. *_ Uno como docente, tiene que identificar las particularidades de cada uno de los estudiantes, puede ser que se puedan identificar características propias de condiciones de salud mental con respecto a otros estudiantes. Digamos que, uno trata de entender esas características, pero, me parece que es importante que haya un acompañamiento de una persona especializada, como el psicólogo de una institución, digamos que uno puede entender muchas cosas, pero, para uno poder abordar, para poder estar preparado, si necesita de la guía de alguien.*

Entrevistador. *— Ante la existencia de compromisos cognitivos (moderados y profundos) ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población? ¿En qué casos?*

Entrevistado 10. *_ Ok, digamos que, hay que mirar lo que se debe desarrollar, porque debe haber una historia clínica, donde le presente a uno, que tipo de condición tiene la persona y con esa historia clínica empezar a mirar que estrategias pedagógicas, y didácticas, debe tener uno para trabajar en clase. Digamos que, por ejemplo, desarrollar más la parte concreta, la parte visual, y las actividades deben tener cierto tipo de condiciones para trabajarlas. Entonces, lo fundamental es, saber, con qué tipo de persona es que se va a trabajar, cuál es su historia clínica, y por qué lado, es que hay que guiar las estrategias de enseñanza y aprendizaje.*

Entrevistador. *— ¿En qué cambia el diseño, la gestión y la planeación en matemáticas, en los casos que ha abordado?*

Entrevistado 10. *_ Cambia total, porque no solamente debe ser desde la clase, sino desde el desarrollo curricular, desde los planes de contenidos, desde como yo abordo como institución modelo pedagógico acorde al modelo institucional, acorde al plan de estudios, acorde a los estándares. Digamos que, hay muchas incidencias, por eso yo te decía que, un niño con discapacidad, también, debe haber instituciones que puedan abordar ese tipo de discapacidades, no podemos meter a niño en una escuela normal y que ninguna de las personas esté preparada para es, tiene que haber un seguimiento mayor, tiene que haber una mayor planificación, tiene que haber unas estrategias didácticas diferentes a las que se aborda normalmente con niños con los que tienen todas las capacidades cognitivas.*

Entrevistador. *— Desde su experiencia ¿Se debería abordar los conocimientos regulares -plan de área preestablecido- en los estudiantes con discapacidad o enfermedades mentales?*

Entrevistado 10. *_ No, no pueden ser los mismos planes, o el mismo diseño curricular que uno pueda abordar, porque precisamente si tiene alguna discapacidad o enfermedad mental, hay que trabajar también a su ritmo y de acuerdo a las estrategias que se tienen planeadas, de acuerdo a las condiciones, no solamente clínica, sino también con las condiciones en las que se ha venido trabajando. Si yo abordo a un niño de sexto grado con una discapacidad mental, necesito saber cómo le han trabajado en años anteriores y como está, para saber cuál es el plan de área.*

Entrevistador. *— ¿Qué procesos de las matemáticas escolares potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?*

¿Cómo podría ser (o ha sido) el desarrollo de este proceso, cuando lo gestiona en el aula?

Entrevistado 10. _ Bueno. Digamos que, dentro de los procesos que uno podría abordar, están los que yo te decía, igual hacer el mismo desarrollo de pensamiento, el geométrico, el métrico, el numérico, el variacional; yo creo que se puede dar, pero, depende más del tipo de actividades, y del tipo de situaciones con las que uno va a abordar los temas con los niños, entonces, me imagino que puede ser un poco más concreto, más visuales, la solución de problemas puede ser un nivel un poco más bajo, y después ir incrementando cada uno de esos niveles de aprendizaje, entonces sí, uno mira, tendría que, no establecer de manera general, sino que en esos casos uno debería ser muy particular para esos casos de esos estudiantes, para saber qué procesos son los que se deben desarrollar.

Entrevistador. _ *¿Cuáles han sido los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debe enseñar y cómo evaluarlo, en poblaciones como las mencionadas?*

Entrevistado 10. _ Yo creo, que en ese caso. Primero, mirar la historia clínica, luego los procesos que ha venido desarrollando desde su infancia, que contenidos ha logrado a desarrollar. Yo pensaría que la evaluación deberías ser un poco más cualitativa que cuantitativa, en relación con el desarrollo de habilidades que puedan obtener frente a ciertos procesos si un cuantificará, uno no está siendo muy objetivo sino subjetivo con los procesos en este tipo de poblaciones.

Entrevistador. _ *¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?*

Entrevistado 10. _ La diferencial, cuando trabajo en mis prácticas con población sorda, pues, si hay unos parámetros pedagógicos diferentes que están propios dentro del mismo diseño curricular para poder atender ese tipo de población, con respecto a las bases legales, he escuchado mucho, es que es legal que haya inclusión dentro de las instituciones que puedan recibir a cualquier tipo de niño, con lo que no estoy de acuerdo es que tengan la capacidad para atenderlos de acuerdo a esas necesidades, entonces, si me parece que es mejor tener unas instituciones propias para que puedan atender a ese tipo de poblaciones, por ejemplo con los sordos, un colegio que sea solo para población sorda, y hay instituciones como, el INSOR, pone unas bases pedagógicas para que el profesor pueda implementarlas y trabajarlas, para que pueda atender ese tipo de población.

Entrevista # 11 (entrevistado el 22 de septiembre del 2021)

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil y trayectoria profesional.*

Entrevistado 11. *_ Bueno, yo simplemente soy Licenciado en Matemáticas de la Universidad Distrital. Llevo 12 años como docente, llevo 4 años en el sector público y el resto fueron en colegios privados, o gente de tercera o en institutos como el colegio Unicap, como estilo de aceleración.*

Entrevistador. *_ ¿Cuándo escuchas la frase “salud mental” con qué la relacionas desde tu labor y cómo ha sido tu experiencia frente a ello?*

Entrevistado 11. *_ Yo la relaciono con chicos que tienen dificultad de aprendizaje, no solo, como con una enfermedad de base, sino que por algún u otra razón se les dificulta el desarrollo mental en cuanto a realizar interpretación comprensión, yo lo relaciono como con esa parte.*

Entrevistador. *_ ¿Has tenido acercamientos a estudiantes y/o colegas que se puedan catalogar en el marco de situaciones de salud mental?*

Entrevistado 11. *_ Si, de docente si, digamos que uno no lo confirma, pero, si ve compañeros que tienen alguna dificultad y con los chicos si, si he tenido en varias oportunidades, tipos de estudiantes, con alguna discapacidad en la parte de salud mental, por enfermedad físicas o enfermedades mentales, como síndrome de down, o los estudiantes, que he tenido que son hipoacúsicos o que han tenido algún retraso mental leve, a veces por mala nutrición o cosas de ese estilo.*

Entrevistador. *_ ¿Qué características encuentras en este tipo de situaciones y/o condiciones particulares?*

Entrevistado 11. *_ Digamos que hay una característica, casi que en general, no aplica para todos. Pero, cuando ellos tienen alguna enfermedad tienden como aislarle, no les gusta mostrarse, no les gusta participar, pero, normalmente es cuando es una enfermedad en la que implica que ellos no se pueden desarrollar normalmente en las clases. Pero, ya cuando es otro tipo de discapacidad como puede ser un autismo leve o algo así, los chicos presentan el típico chico problema, o es el chico que responde mal, siempre está buscando problemas, el chico que está peleando con los compañeritos, entonces, es como por esa parte. Cuando el problema es más físico, siento que se, aíslan, cuando el problema es más mental, aunque ahí intervienen cosas físicas, siento que es el chico problema, el chico que quiero buscar atención de alguna manera.*

Entrevistador. *_ ¿Con qué frecuencia se ha encontrado con este tipo de situaciones? ¿Ha recibido acompañamiento formativo para el manejo óptimo de estas?*

Entrevistado 11. *_ Si he recibido un apoyo, pero, siento que ha sido muy poco, en las veces que me he enfrentado a este tipo de chicos, pues, usualmente, en el colegio hay es como una orientadora, que es la que informa más o menos el diagnóstico del chico, más o menos, como tratar al chico, pero, siento que es muy “pobre” ese acompañamiento, como si te dieron unos consejos de lo que hay que hacer, pero, siento que debe haber un trabajo más fuerte ahí, que realmente, uno acoge ese consejo, pero, casi que está improvisando, con el chico, a ver si realmente funciona o no. Entonces, casi que a uno le toca es ir aprendiendo sobre la marcha como tratarlos, si, entonces, es difícil.*

Entrevistador. *_ ¿Posee las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se pueden observar, desde su rol docente?*

Entrevistado 11. *_ No, no creo que posea las herramientas básicas. De repente, uno ve situaciones similares en los estudiantes, uno dice “este chico tiene un autismo o un problema de visión”, digamos que uno puede tener ciertos indicios, pero, herramientas como tal que uno diga “este chico tiene tal condición” y lo puedo tratar de cierta manera, no. Entonces, como te decía ahorita, prácticamente, uno esta es improvisando y mirando, como porque lado me le voy al estudiante, para que él no se sienta atacado, y se sienta acompañado y de esa manera pueda avanzar de cierta manera; obviamente, no va a estar a la par de los demás, pero, por los menos que trate de avanzar dentro de tus posibilidades.*

Entrevistador. *_ Ante la existencia de compromisos cognitivos (moderados y profundos) ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población? ¿En qué casos?*

Entrevistado 11. *_ Yo pienso que, o lo que más hago yo, es, o intento hace, porque es difícil, pero, intento, tener un acompañamiento personalizado, creo que los chicos se sueltan más, cuando ven que uno está ahí pendiente de ellos, cuando observan que la atención está centrada en ellos, lo cual es difícil. Cuando uno está haciendo una clase, en general, para un curso de 20 chicos o 30 chicos, la atención debe estar para los 30, en ese orden de ideas, el chico se pierde o se aísla, pero, cuando el chico ve que, la atención de uno está sobre él, que uno le está prestando ese acompañamiento, ese apoyo, creo que ahí es cuando el chico empieza a rendir un poco más o a soltarse un poco más con el maestro, entonces, es tener un poco más de empatía con el estudiante, obviamente que, es muy complicado, porque a la final uno tiene es 30 chicos, y no solo 1, entonces, claro, el tiempo lo limita a uno, entonces, a veces uno le puede dedicar parte de la clase a ellos, y probablemente en la otra clase van a estar solitos, entonces, es una cosa como de avanzar y retroceder.*

Entrevistador. *_ ¿En qué cambia el diseño, la gestión y la planeación en matemáticas, en los casos que ha abordado?*

Entrevistado 11. *_ Ha sido complicado en mi caso, siento yo, porque uno viene de la Universidad, yo también soy de la Distrital, allá te enseñan a ser un poco más creativo, a tener diferentes metodologías para que él chico, este más dispuesto a trabajar en matemáticas, pero, cuando uno se enfrenta a la realidad, que entre a colegios privado, donde pareciera que lo importante es cumplir con un programa, es decir, impartir unos conceptos, cumplir con un cronograma. Entonces, eso lo va condicionando a uno, porque se va perdiendo esa aplicabilidad que daba la Universidad para con los chicos, entonces, uno se va acostumbrando a simplemente impartir un concepto, aplicarlo, y dejar unos ejercicios y ya, que era lo que se hacía hace 20 años. Entonces, como que uno recae en eso y es porque ese es el mismo sistema del colegio en el que uno ha estado, lo lleva a eso, y yo lo sentí muy fuerte cuando estaba en los colegios privados y es como, una mañana que se le queda a uno, ya cuando uno llega al distrital, he sentido un poco más de libertad, me ha costado, porque obviamente, uno viene acostumbrado de hacer una misma cosa, durante 7 u 8 años, entonces, cuando te dan la libertad de hacer algo más, pues, entonces tú, estas en ceros y no sabes por dónde empezar. Entonces, empiezas a crear cosas nuevas, y ves que empieza a funcionar, entonces, en el distrital, aunque existe el rigor de que se debe cumplir con unos estándares e impartir ciertos conocimientos, siento que hay un poquito más de libertad, y uno puede hacer más cosas con los chicos y creo que, ve uno más esa recompensa en los chicos de que le gusta esas cosas, en cuanto a las actividades que uno haga, o que las clases las imparta de cierta manera, aun así, cuesta y cuesta bastante.*

Entrevistador. *_ Desde su experiencia ¿Se debería abordar los conocimientos regulares -plan de área preestablecido- en los estudiantes con discapacidad o enfermedades mentales?*

Entrevistado 11. *_ Si claro. Debería haber, un camino a seguir, de qué manera tratarlos y tener un espacio con ellos. Aunque también, hay una complicación, porque uno no los puede abordar por separado porque también los estaría excluyendo de sus compañeros, y no sería la idea, entonces, es un dilema, porque a la final ellos si necesitan un acompañamiento, más personalizado, pero, sin dejar de lado, de que también deben estar en el aula, porque deben estar socializando con sus compañeros, como cualquier estudiante, entonces, si es como esa doble vía, ¿en qué hacer ahí?, para centrarse en esas dos cosas en que no pierda la parte social con sus compañeros, pero, a la vez ,que le se puede avanzar a él dentro de lo que él puede hacer dentro de sus posibilidades. Entonces, si debería haber una ruta y na forma de hacerlo, porque a veces es como improvisada la cosa. Claro está que, en el sector público llevo poco, entonces, de repente no sé si haya otras instituciones, donde el manejo sea distinto.*

Entrevistador. *_ ¿Qué procesos de las matemáticas escolares potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?*

¿Cómo podría ser (o ha sido) el desarrollo de este proceso, cuando lo gestiona en el aula?

Entrevistado 11. *_ De lo que yo he visto, pues, las matemáticas siempre han sido como el coco para los chicos. Entonces, la forma de trabajarla siempre es compleja, pero, a través de la lúdica o la aplicabilidad en cosas que ellos conozcan, creo que ahí aumenta la motivación del estudiante y así mismo aumenta esa empatía del estudiante con su maestro, entonces, cuando al estudiante se le pone alguna situación donde ellos pueden manipular algún objeto, o manipular algo en la casa, o hacer algo con lo que ellos puedan palpar y que eso tenga que ver con matemáticas, como que se sienten más motivados, y más conectados con el docente, eso ayuda a que se suelte en el área y que se suelte a título personal, a ser más empático con el docente, incluso a compartir sus experiencia que haya tenido en casa o las problemáticas. Eso en parte ayuda a que el docente se acerque al chico y se gana esa confianza, y se puedan hacer más cosas, desde la parte académica.*

Entrevistador. *_ ¿Cuáles han sido los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debe enseñar y cómo evaluarlo, en poblaciones como las mencionadas?*

Entrevistado 11. *_ Ha sido un poco complicado, como te decía, yo veía de varios años de pasar por varios colegios privados, donde era todo muy cuadriculado, enseña un tema, se evalúa un tema, se hace una evaluación final, y como le fue al chico, y si paso, o no paso. Pero, creo trabajando con el distrito uno ve otro tipo de problemáticas, no desconozco que en los colegios privados no haya problemáticas, pero, se ve más en los distritales por el contexto. Entonces, ahí uno empieza a mirar que, la cosa no es solo hacer una evaluación y evalúo los conocimientos del chico de acuerdo a una simple evaluación, porque a la final hay que mirar el contexto del chico, porque a veces el chico, el día de la evaluación no va con la mejor disposición, o tuve problemas en la casa, entonces, la evaluación no se da simplemente, sino que uno va a evaluando el proceso del chico durante el día a día, y que forma está participando, de qué forma lo está diciendo, de qué forma está contestando, y más allá del concepto como tal, porque puede que no llegue adquirir el concepto como tal, pero, de repente, uno ve cosas importantes en él, sabe que hacer, pero, tuvo problemas en las operaciones, no es simplemente ceñirse a evaluar a través de una evaluación de un quiz, uno evalúa es el progreso que tienen.*

Y con los estudiantes que tienen algún problema cognitivo, la evaluación debe ser diferente al resto, yo no puedo evaluar en el mismo juicio a todos los estudiantes, entonces, debo mirar ese progreso, hasta dónde puede llegar, si condiciona mucho el contexto del estudiante la forma en que uno lo evalúe.

Entrevistador. *_ ¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?*

Entrevistado 11. *_ Usualmente en la parte legal, a estos chicos no se les puede negar la educación, o apartar de alguna manera. Lo que si se está intentando en los colegios es tratar que ellos tengan un proceso aparte, pero ahí está el dilema, hecho de decir, que todos deben ser evaluados igualmente o de decir, las mismas clases o el mismo conocimiento, pues, eso no se puede, porque los chicos con estas dificultades cognitivas no van a estar al nivel de los demás, eso de incluirlos porque si, pues tampoco, hay que incluir una ruta para ellos, pero, pues hay que hacerlo, y en la parte pedagógica es más lo que uno pueda leer o pueda averiguar de estos chicos y aun así uno queda corto porque por la parte médica son diferentes casos, y cada caso debe tener un tratamiento específico, entonces, la estrategia que use con un chico con síndrome de down no me va a servir con un chico que es hipoacúsico, o con el que tiene un retraso leve, entonces, es difícil, porque es buscar y buscar, porque si uno no tiene bases, es muy difícil encontrar un método preciso para avanzar con él, de repente uno avanza, pero, realmente, el chico puede dar mucho más, entonces, es el dilema, de no saber cómo trabajar con él.*

Entrevista # 12 (entrevistado el 24 de septiembre del 2021)

Entrevistador. *_ Podría compartirnos su perfil y trayectoria profesional.*

Entrevistado 12. _ Egresado de la Universidad Distrital, ingreso a la maestría de comunicación y educación, gracias al puntaje de las pruebas saber pro salí becado para la maestría que ofrece la Universidad Distrital. En mi experiencia profesional, tuve la oportunidad de estar en colegios privados antes de recibir mi título profesional, entonces, tengo más o menos 5 o 6 años de experiencia en el sector educativo.

Entrevistador. *_ ¿Cuándo escuchas la frase “salud mental” con qué la relacionas desde tu labor y cómo ha sido tu experiencia frente a ello?*

Entrevistado 12. _ Digamos que, es bien amplio. En los primeros inicios hablar de salud mental lleva a hablar de procesos psiquiátricos y con esta parte de la psiquiatría uno puede relacionar lo coloquial, lo que se habla, y lo que otras personas más leídas entiende por salud mental. Hablar de salud mental implica para algunas personas, procesos psiquiátricos, estar o presentar algunas necesidades psiquiátricas cuyas enfermedades tienen que estar medicadas y nos encontramos con comentarios populares, comentarios que son un poco despectivos. Para un profesor, hablar de salud mental implica una consideración por el otro, y tener en cuenta los procesos sobre los cuales una persona puede tener dificultades sobre salud mental. En mi experiencia profesional, no he tenido mucho acercamiento con la salud mental, pero, si he tenido estudiantes, por ejemplo, que tienen algunas condiciones psiquiátricas, que son importantes en algún momento intervenir y que han sido el detonante para retirarse de los colegios o retirarse de los procesos académicos que están llevando.

Específicamente, tuve experiencia con un estudiante que tenía esquizofrenia, su nivel de esquizofrenia era leve, estaba en sus inicios, y se tornaba violento y empezaba a recrear en sus narraciones o en las primeras comunicaciones que tenía para con los profesores, escenarios que solamente existían en la mente de esa persona, de ese niño, entonces, fue bien complejo, pero, no tuvimos mucho acercamiento, porque cuando fue diagnosticado formalmente fue retirado de la institución. Entonces, esa ha sido mi experiencia, la relación que yo hago con salud mental, es que es tan importante como lo físico, y entender que la salud mental nos lleva a cuidarnos, analizarlos y hacer de esto algo prioritario, algo imperativo. Yo siento que, hablar de salud mental, sigue siendo un tema tabú, de la salud mental casi que no se habla, y siento que es casi por el mismo desconocimiento, por las cuestiones despectivas, que esto pueda generar y nosotros los profesores estamos inmersos en esto. Un gran porcentaje de personas que están internados en centro psiquiátricos, están relacionado de cierta forma con la educación, con el desempeño del ser profesor y de eso no se habla, si me parece bien importante, conocer acerca del tema.

Entrevistador. *_ ¿Has tenido acercamientos a estudiantes y/o colegas que se puedan catalogar en el marco de situaciones de salud mental?*

Entrevistado 12. _ No, estudiantes no he tenido. Uno si evidencia chicos con autismo, con necesidades educativas especiales, asperger, diagnosticados con depresión, bipolaridad, pero, no se ahonda sobre eso, simplemente es el diagnóstico. Pero, no he tenido la oportunidad de estar con estudiantes en relación y pues, se informa sin tener en cuenta la confidencialidad del caso, porque uno si nota ciertas actitudes, ciertas acciones, que no son comunes en algunos estudiantes y que lleva a que uno resulte enterándose pues, del estado de salud de este estudiante. Pero, no más. Si tuve acercamiento a uno profesora que, debido a un episodio de estrés, tuvo que ser internada en un centro psiquiátrico por esta cuestión.

Entrevistador. *— ¿Qué características encuentras en este tipo de situaciones y/o condiciones particulares?*

Entrevistado 12. *— Si, en las cuestiones de la depresión, resulta ser una cuestión muy familiar, que está más relacionado con lo familiar, que tiene que ver con violencia intrafamiliar, abuso sexual, de acoso sexual por parte de familiares, por parte de personas cercanas al núcleo familiar, y es bien importante que nosotros como profesores tengamos nuestros estudiantes. Cuando nosotros tenemos contacto con ellos, podemos percibir unas cosas que otras personas en otros escenarios, no lo harán, la persona, el joven, la niña, el niño, que llegan llorando, que muestran su cuerpo signos de violencia o maltrato, nosotros nos volvemos los primeros respondientes a este tipo de procesos y debemos acompañarlos, como profesores, y seguir con el conducto, lo establecido por la institución de remitir al departamento de bienestar, de psicología. Si falta mucha sensibilidad frente a eso, a veces nos centramos en la clase o en el campo como tal, y estas partes que son tan importantes, pues no somos muy sensibles a este tipo de observaciones.*

Entrevistador. *— ¿Con qué frecuencia se ha encontrado con este tipo de situaciones? ¿Ha recibido acompañamiento formativo para el manejo óptimo de estas?*

Entrevistado 12. *— Como profe, me considero que soy bien sensible. En ese acompañamiento que uno tiene para con los NNA, me siento muy cercano a eso, tanto es así que, en algunos momentos he sentido que mi salud mental, no está bien, se logra uno desestabilizar, porque resulta uno enganchado, como tan metido en estas situaciones que terminan afectándolo, y comparto que también recibí terapia por algunas cuestiones personales. Y si, es bien común, los escenarios, donde el estudiante llora, donde el estudiante se reprime. Cuando tú tienes contacto casi que todas las semanas y ves que se reprime, algunas partes de su cuerpo porque se está lastimando, porque se está cortando y demás, como que actúas y sigues ese conducto. No he recibido formación, lo que hacemos nosotros es remitir al departamento de bienestar, poner en conocimiento el tema, y hasta ahí llega, porque digamos que la prioridad es atender a la persona en esta condición, más que darle elementos al profe para poderlo manejar, entonces, es más, “informe los problemas, y es más de ustedes de problema” y ya. Como que este conducto regular no está centrado en acompañar al profe, que a veces queda bien afectado, y me sucedió una vez. Entonces, el foco principal es la persona que está teniendo el problema, como es el caso de los chicos de bachillerato, que se cortan presentan algunos signos de depresión y los chicos pequeños, los signos de violencia intrafamiliar. Si he tenido algunos casos, de abuso y que han sido comentados directamente, esto en cuanto a las acciones que han sucedido, pero, digamos que, no he tenido conocimiento de la salud mental y de diagnósticos específicos, no, no lo he tenido.*

Entrevistador. *— ¿Posee las herramientas básicas para identificar estas condiciones y entender las características comunes que se pueden observar, desde su rol docente?*

Entrevistado 12. *— Lo básico, no, ni siquiera lo básico. Y creo que mucho de lo que tiene que ver, es más de lo que uno pueda ver, más de lo que uno pueda consumir por redes sociales, haciendo claramente el filtro, de que no se trate de una fake news, pero, si, con algunas cuestiones básicas, como que se repriman, tapen algunas partes de su cuerpo, que presenten algunos tocamientos a sus partes íntimas, pasa mucho con estudiantes de primaria que no controlan su cuerpo, y, se hacen sus necesidades en el salón, no controlan su esfínter y ese tipo de cosas. Si es una señal de alarma, puede estar pasando algo no es normal que un estudiante de un momento a otro se haga en los pantalones, es como esa cuestión básica, de que puede estar pasando algo, pues, uno informa al departamento de bienestar, pero, no más, digamos que*

las conductas violentas, agresivas, del control sobre su cuerpo, se vuelve una señal de alerta y ya después se deja como a la persona especializada en eso, que en este caso serían los psicólogos del colegio especializados en eso.

Entrevistador. *_ Ante la existencia de compromisos cognitivos (moderados y profundos) ¿Qué metodologías implementa para atender este tipo de población? ¿En qué casos?*

Entrevistado 12. *_ Lo que te comentaba, el caso más cercano que había tenido, es el chico, que, después de un tiempo pudimos enterarnos que tenía esquizofrenia y fue retirado de la institución, pero, en la institución como yo me desempeñaba como profesor, no he tenido, un estudiante definido en una cuestión de salud mental. En ese sentido, no he percibido la necesidad de que estrictamente bajo la condición de salud mental, con un diagnóstico en salud mental, deba modificar o deba hacer ajustes, necesarios para mi práctica educativa, entonces, en ese sentido, no tendría elementos.*

Entrevistador. *_ ¿En qué cambia el diseño, la gestión y la planeación en matemáticas, en los casos que ha abordado?*

Entrevistado 12. *_ Mi experiencia profesional ha sido con aulas regulares, el colegio no tiene estudiantes con NEES estrictas, definidas, no hay estudiantes con estas necesidades, eso lleva a que mi experiencia haya sido con aulas regulares. Ya más centrado en el aspecto de salud mental, si siento, que modifica, todas las prácticas, desde el sentido mismo de la relación con la persona y con su ámbito, porque aun cuando no he tenido un acercamiento con un caso de salud mental complejo, pues, si, están los chicos que son autistas y que tienen unas características de autismo, y se vuelve difícil en la relación, dada la formación en donde tu aprendes desde la relación con el otro, se modifican todas las prácticas, se modifican todas las cuestiones, se modifica la gestión, se modifican tus cuestiones relacionadas con la práctica de ser profesor de matemáticas, porque sí a un estudiante se le dificulta la práctica social y tus prácticas están asociados con el trabajo cooperativo, con el trabajo en grupo, entonces, estas prácticas deben repensarse. Hablar de un tipo de gestión diferente, no podría hablar de qué tipo de gestión, pero, sé que debería ser un tipo de gestión diferente, no podría decir específicamente, cuáles serían las acciones porque no tengo conocimiento de eso, y tampoco he tenido que hacerlo, pero, si siento que las prácticas y las gestiones se modifican en el aula.*

Entrevistador. *_ Desde su experiencia ¿Se debería abordar los conocimientos regulares -plan de área preestablecido- en los estudiantes con discapacidad o enfermedades mentales?*

Entrevistado 12. *_ Digamos que esta pregunta nos lleva a hablar de lo curricular, y hablar de lo curricular es hablar de los estándares básicos, de los DBA, y todo esto básico que se le debe garantizar a un estudiante. Sin embargo, yo siento que, en aquello en lo que nosotros denominamos libertad de catedra, existen cuestiones que son de un corte más genérico, creo que se podrían no abordar y si plantear un tipo de cuestiones curriculares diferentes, pero, todo parte del contexto y de las herramientas que puedan darle al profesor sobre las cuestiones específicas de salud mental de un estudiante, son fundamentales. Sí, a mí me llegan a decir, es que en su grupo hay un estudiante diagnosticado con bipolaridad o esquizofrenia, y no lo van a retirar sino que lo van a dejar, inmediatamente me lleva a mí como profesor a documentarme, buscando asesoría para esto y en ese sentido, como profesor, siento que, una vez, reconocido en contexto del estudiante poder hacer modificaciones, siento que, se deben hacer las modificaciones necesarias para garantizar, su derecho a la educación de la persona que está en condición de salud mental, ya diagnosticada.*

Entrevistador. – *¿Qué procesos de las matemáticas escolares potencian habilidades en los estudiantes y en cuáles se pueden atender los diversos problemas y dificultades cognitivas o de conducta que se presentan en este tipo de población?*

¿Cómo podría ser (o ha sido) el desarrollo de este proceso, cuando lo gestiona en el aula?

Entrevistado 12. – Cuando hablamos de los procesos de las matemáticas escolares, la metodología que nosotros manejamos en la licenciatura se centra en el aprendizaje con el otro, o aprendo en relación con el otro, y a medida que construyo, participo, hago equipo, en este tipo de sentido, para las matemáticas de la escuela. Este tipo de cosas, nuestras clases de matemáticas, tienden a ser diferentes en tanto que las clases de matemáticas tradicional, en tanto la cuestión algorítmica, la cuestión procedural, hay emociones que son más relacionadas con la frustración, cuando a una persona que no se le ha escuchado, aun cuando el profesor no la conozca, y se siente valorado o escuchado en clase de matemáticas, va a ser una persona que va a notar un ambiente diferente, y que va a ser una persona que se desenvuelva mejor aun cuando sus dificultades sea en lo social, considero esta cuestión, y en mi experiencia profesional me he dado cuenta que cuando la atención está centrada en la construcción del conocimiento más que en lo algorítmico o procedural, el estudiante siente un ambiente en el aula distinto, donde es escuchado, donde es tenido en cuenta y aun cuando son errores, estos errores son analizados en consecuencia al porqué no logra hacer una respuesta válida frente a alguna situación, siento que es un ambiente diferente, es un proceso diferente, y eso se podría hacer en lo relacionado con la salud mental.

Entrevistador. – *¿Cuáles han sido los parámetros, criterios y/o pautas para decidir qué debe enseñar y cómo evaluarlo, en poblaciones como las mencionadas?*

Entrevistado 12. – Es tanto el desconocimiento que los profesores tenemos relacionado a la salud mental que yo antes de responderte no sé si el autismo es considerado dentro de la salud mental, si el retraso también, que uno también asocia las cuestiones de salud mental con las básicas, que es, la esquizofrenia, la bipolaridad, la depresión. Recuerdo que en una práctica en la intensiva, tuve la oportunidad de compartir con un estudiante que tenía retraso, y con él era bien curioso, es que ni en la cuestión de lenguaje uno se siente seguro de como manifestarse, entonces, son tantos los vacíos, profesionales como de nuestra labor docente en lo relacionado con la salud mental que ni siquiera sabemos cómo expresarnos, puede que yo esté diciendo aquí cosas que no se digan de cierta manera y que por procurar tener cuidado de decirlas bien resulte diciéndolas mal. Siento que, la forma de evaluar también tiene que ser diferente, yo resalto mucho nuestra metodología, porque deja de ver, la evaluación como una cuestión momentánea o un momento final y se centra en una cuestión formativa y en una cuestión procesual, donde el instrumento examen, muchas veces se confunde, el instrumento examen, con lo que en realidad significa la evaluación, no se consideraría de forma estricta, porque cuando escuchamos a un estudiante o ver cómo es su proceso aun cuando no es capaz de plasmarlo en una hoja, podemos ver que ahí hay un avance, podemos ver que ahí hay la construcción de un concepto, podemos ver que ahí hay un desarrollo sobre algo.

Sobre este estudiante que te manifiesto, era un estudiante con retraso, pero, por su edad tenía que estar con los estudiantes de su edad, físicamente era un estudiante que estaba en grado cuarto, pero, que su cuestión mental, no sé si se si me esté refiriendo bien, era de un niño de grado segundo, entonces, lo que hacía la persona que lo estaba acompañando, porque teníamos una profe, una terapeuta, que le acompañó el proceso, era ayudarle a sumar con frijolitos, aun estando en grado cuarto. Entonces, yo siento que, si es necesario, documentarse mejor sobre

los parámetros, o los criterios para poder hacerlo y respecto a la evaluación siento que, al definir y entender la evaluación como un proceso, como algo formativo que nunca juzga podemos hacer un poco más entendible, un poco más sencillo para los otros.

Entrevistador. *¿Cuáles son las bases legales y pedagógicas que permiten atender este tipo de población?*

Entrevistado 12. *No, y reitero lo que te estaba diciendo, son tantos los vacíos, en este tipo de cosas que uno resulta concentrándose en la población regular y desconociendo los procesos legales, los procesos curriculares, los procesos evaluativos, las cuestiones pedagógicas, que uno debe tener para con los estudiantes con una situación de salud mental. Aquí también, hago referencia a que yo creo que esto de la salud mental está relacionado con tener una necesidad educativa especial, tal vez no lo sea, no tengo conocimiento con esto. Pero, si debería importante tener espacios centrados en esto, generalmente, se centra en las NEES, pero, en salud mental no, es muy raro. Y si se toca es de una forma muy superflua.*

Consentimiento informado



Proyecto curricular: Licenciatura en matemáticas

Universidad Distrital Francisco José de Caldas

UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **MARLY YOHANA PRADA MURCIA**, y orientada por **JUAN PABLO ALBADAN VARGAS** de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas. El objetivo principal de este estudio es: **Caracterizar elementos y componentes configuradores de una atención e intervención educativa apropiadas (de acompañamiento en el aprendizaje) con población en condición psiquiátrica a propósito de procesos en/de matemáticas escolares.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista en profundidad. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se registrarán las respuestas de la entrevista una vez se cuente con su autorización, se utilizarán para analizar y caracterizar elementos que aporten a la investigación y será publicado con fines académicos.

La participación en este estudio es **estrictamente voluntaria**. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez trascritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán o eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Marly Yohana Prada Murcia y Juan Pablo Albadan Vargas. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista a profundidad, lo cual tomará aproximadamente **60 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al investigador al teléfono 3115698329 o al director de la investigación Profesor Juan Pablo Albadan Vargas de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al investigador a los teléfonos antes mencionados.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha