



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO

Licenciatura en Psicología Educativa

**Desarrollo de habilidades adaptativas:
autonomía y vida diaria, en adolescentes
con discapacidad intelectual**

T E S I S

**Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología Educativa**

Presenta:

**Alma Delia Díaz Vallejo
Generación 2004-2008**

Asesora: Mtra. Haydée Pedraza Medina

México, D. F. Mayo 2009



Dedicatorias

"El único símbolo de superioridad que conozco es la bondad"

Ludwig van Beethoven

A mi Madre María del Carmen, por ser una mujer extraordinaria, gracias por tu perseverancia y comprensión, A mi Padre Juan Díaz, por ser un gran hombre, gracias por guiar mi camino. Los Amo, admiro y respeto.

A mis hermanos Oscar y Antonio por los buenos momentos compartidos, les agradezco su apoyo incondicional. Con Amor del bueno y en recuerdo de nuestra niñez.

A José Eduardo, Vania Avisai y Angeli por brindar esperanza y alegría a la familia, gracias por existir, les deseo lo mejor de lo mejor en su vida. Con Amor,

A todas aquellas personas (Rejas, Maribel, Rissy, Nayeli, Yumel, Mari, Lara, Israel, Lupe, Rigo, Lizbeth, Jonathan, Beatriz, Melissa, Alberto, Aldo, Cintia, Kenia, Erika, Lulú y Rosamar) que Dios me ha permitido conocer y conservar como grandes amigos, a cada uno de ellos les agradezco su apoyo y compañía, un gusto coincidir en la vida. Se les Quiere.

Muy en especial, quiero dedicar el Proyecto de Tesis a Mario Díaz y Carmona (†), porque nada hubiera sido posible sin él y su gran calidad humana. Agradezco la noble acción, este trabajo es en tu recuerdo "Por ti y para ti".

A cada uno de ustedes, gracias por estar junto a mí en todo momento y brindarme siempre su apoyo incondicional.

Con todo cariño, respeto y admiración.

Alma Delia Díaz Vallejo

Agradecimientos

A Dios por permitirme vivir en compañía de grandes personas y llegar al término de mi carrera profesional, a mis padres, hermanos y familiares por brindarme su amor, apoyo y comprensión en cada instante de mi vida, a cada una de mis amigas que me brindaron su apoyo y alegría y en recuerdo de todas las personas que me han tocado en la vida.

En especial a la Mtra. Haydée Pedraza Medina, por el tiempo dedicado, por sus valiosas aportaciones teóricas, metodológicas y prácticas, por su guía y asesoría constante. Gracias por confiar en mí y brindar una gran experiencia de vida en estos casi dos años, por exigir lo mejor de mí y marcarme la forma ética y profesional hacia las personas con discapacidad. En verdad Muchas Gracias por tu apoyo Incondicional.

Al Programa de Servicio Social Interno "Modelo de integración educativa de alumnos con discapacidad desde el enfoque sociocultural" que brindó la oportunidad de trabajar en un estudio de caso y permitió integrar la experiencia al encuadre teórico-metodológico del presente Proyecto de Tesis, Asimismo agradezco al Consejo de Titulación del Programa de Psicología Educativa, en especial a su presidente la Dra. Alma Díaz por contribuir en la conclusión satisfactoria del Proceso de Titulación.

A los profesores lectores Ma. Del Carmen Hernández, Ana Gázquez y Aristarco Méndez, gracias por el tiempo dedicado y las aportaciones que enriquecieron la Investigación. Así como a los profesores, que contribuyeron en mi formación profesional, en especial a Patricia Alcázar, Rubén Castillo, Rosalinda Dueñas, Fabiola Rodríguez, Nayeli de León, Ma. Eugenia, Emiliano Rodríguez, Enrique Cadena, Javier Moreno, Arturo Ballesteros y Rosa Ma. Soriano.

Muy en especial a Aline, Berenice y sus familias, a los familiares por la confianza, apoyo y trabajo que permitió aprendizajes mutuos, a Aline y Berenice por ser motivo de estudio y compartir una experiencia de vida. Un placer trabajar por un bien común.

A todas las personas que constituyeron en mi formación y el presente trabajo

¡Mil gracias...!

Alma Delia Díaz Vallejo

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| FUNDAMENTOS TEÓRICOS..... | 13 |
| Evolución histórica del concepto de la discapacidad intelectual | 13 |
| Referentes conceptuales | 28 |
| <i>Asociación Psicológica Americana (APA, 1996)</i> | 29 |
| <i>Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002)</i> | 31 |
| <i>Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR, 2004)</i> | 34 |
| <i>Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980, 1992, 2001)</i> | 36 |
| Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías | 36 |
| Clasificación Internacional de Enfermedades | 37 |
| Clasificación Internacional de Funcionamiento de Salud y Discapacidad | 38 |
| <i>Referente pedagógico</i> | 42 |
| Etiología, incidencia y prevención | 46 |
| <i>Clasificaciones etiológicas</i> | 46 |
| Factores prenatales, perinatales y postnatales | 47 |
| Factores biológicos-orgánicos y factores ambientales | 50 |
| Clasificación Multifactorial | 51 |
| <i>Prevalencia e incidencia</i> | 53 |
| <i>Medidas preventivas</i> | 55 |
| Desarrollo del niño y adolescente con discapacidad intelectual | 58 |
| <i>Físico</i> | 60 |
| <i>Sensoperceptivo</i> | 61 |
| <i>Motor</i> | 62 |
| <i>Lenguaje</i> | 63 |
| <i>Cognitivo</i> | 66 |
| <i>Emocional</i> | 67 |
| <i>Social</i> | 69 |
| <i>Conductual</i> | 71 |
| Evaluación e intervención de la discapacidad intelectual | 73 |
| <i>Habilidades intelectuales</i> | 74 |
| <i>Habilidades adaptativas</i> | 76 |
| <i>Participación, interacción y roles sociales</i> | 79 |
| <i>Salud: física, emocional y etiología</i> | 81 |
| <i>Contexto</i> | 83 |
| Modelos de entrenamiento de las habilidades adaptativas | 86 |
| <i>Definición de habilidades adaptativas</i> | 86 |
| <i>Habilidades de autonomía y vida diaria</i> | 89 |
| Habilidades de autonomía | 90 |
| Habilidades de vida diaria | 91 |
| <i>Entrenamiento de habilidades adaptativas</i> | 94 |
| Técnicas de modificación de conducta | 95 |
| Técnicas cognitivo-conductuales | 98 |
| MÉTODO | 101 |
| Objetivos | 101 |
| <i>Objetivo general:</i> | 101 |

| | |
|---|------------|
| <i>Objetivos específicos:</i> | 101 |
| Tipo de estudio..... | 101 |
| Participantes | 102 |
| Escenario | 103 |
| Instrumentos | 103 |
| <i>Ficha de identificación y carta de consentimiento informado</i> | 103 |
| <i>Entrevista clínica a padres</i> | 104 |
| <i>Cuestionario sobre el contexto familiar y social</i> | 105 |
| <i>Pruebas psicométricas</i> | 105 |
| Pruebas de inteligencia..... | 106 |
| Pruebas de proyectivas..... | 106 |
| <i>Inventario de Habilidades básicas (IHB)</i> | 108 |
| <i>Modelo de valoración de habilidades adaptativas</i> | 109 |
| <i>Manuales</i> | 109 |
| Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10..... | 109 |
| Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales | 110 |
| Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud..... | 110 |
| Programa de Habilidades Adaptativas Autonomía | 110 |
| Plan de investigación | 112 |
| Consideraciones éticas | 113 |
| RESULTADOS | 115 |
| Evaluación diagnóstica | 115 |
| Caso A | 115 |
| Caso B | 121 |
| <i>Identificación de necesidades</i> | 127 |
| Programa de Habilidades Adaptativas..... | 130 |
| <i>Resultados individuales</i> | 132 |
| Nivel ejecutivo | 132 |
| Nivel funcional..... | 141 |
| <i>Resultados globales</i> | 143 |
| Nivel ejecutivo | 143 |
| Nivel funcional..... | 144 |
| <i>Pretes-Postes</i> | 146 |
| DISCUSIÓN | 148 |
| CONCLUSIONES | 155 |
| SUGERENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN | 159 |
| LISTA DE REFERENCIAS | 161 |
| Anexo 1. Programa de intervención..... | 168 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

| | |
|---|------------|
| <i>Tabla 1.1. Criterios de diagnóstico de Retraso Mental (APA, 1996)</i> | <i>30</i> |
| <i>Tabla 1.2. Criterios de diagnóstico de Retraso Mental (APA, 2002)</i> | <i>32</i> |
| <i>Tabla 1.3. Clasificación: deficiencia, discapacidad y minusvalía (OMS, 1980)</i> | <i>36</i> |
| <i>Tabla 1.4. Criterios de diagnóstico de Retraso Mental (OMS, 1992)</i> | <i>37</i> |
| <i>Tabla 1.5. Clasificación Internacional del Funcionamiento (OMS, 2001).....</i> | <i>40</i> |
| <i>Tabla 1.6. Clasificación educativa del Retraso Mental.....</i> | <i>42</i> |
| <i>Tabla 1.7. Tipos de prevención en la discapacidad intelectual</i> | <i>55</i> |
| <i>Tabla 1.8. Factores de riesgo y actividades preventivas.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Tabla 1.9. Desarrollo de lenguaje según el nivel de discapacidad intelectual.....</i> | <i>64</i> |
| <i>Tabla 1.9. Desarrollo conductual en la discapacidad intelectual</i> | <i>71</i> |
| <i>Tabla 1.10. Categorías y niveles de inteligencia de Terman, Binet y Weschler....</i> | <i>74</i> |
| <i>Tabla 1.11. Relación entre competencia y habilidades adaptativas.....</i> | <i>78</i> |
| <i>Tabla 1.12. Factores ambientales de bienestar y estabilidad</i> | <i>83</i> |
| <i>Tabla 1.13. Clasificaciones de habilidades adaptativas</i> | <i>89</i> |
| <i>Tabla 1.14. Técnicas para la modificación de la conducta.....</i> | <i>95</i> |
| <i>Tabla 2.1. Datos de la entrevista clínica</i> | <i>104</i> |
| <i>Tabla 2.2. Datos del cuestionario familiar y social</i> | <i>105</i> |
| <i>Tabla 2.3. Características del Inventario de Habilidades Básicas.....</i> | <i>108</i> |
| <i>Tabla 2.4. Plan de Investigación</i> | <i>113</i> |
| <i>Tabla 3.1. Cronograma del programa de intervención</i> | <i>131</i> |
| <i>Tabla 3.2. Evaluación inicial-final: habilidades de aseo.</i> | <i>133</i> |
| <i>Tabla 3.3. Evaluación inicial-final: habilidades de arreglo personal</i> | <i>134</i> |
| <i>Tabla 3.4. Evaluación inicial-final: habilidades de preparación de alimentos.....</i> | <i>136</i> |
| <i>Tabla 3.5. Evaluación inicial-final: habilidades de alimentación.....</i> | <i>137</i> |
| <i>Tabla 3.6. Evaluación inicial-final: habilidades de cuidado de pertenencias</i> | <i>139</i> |
| <i>Tabla 3.7. Evaluación inicial-final: habilidades de cuidado del hogar.....</i> | <i>140</i> |
| <i>Tabla 3.8. Resultados estadísticos: línea base-postevaluación</i> | <i>145</i> |
| <i>Tabla 5.1. Fortalezas y limitaciones al finalizar el programa de intervención.....</i> | <i>157</i> |

FIGURAS

| | |
|--|------------|
| <i>Figura 1.1. Modelo teórico de la AAMR</i> | <i>34</i> |
| <i>Figura 1.2. Funcionamiento humano y discapacidad CIF (OMS, 2001).....</i> | <i>39</i> |
| <i>Figura 1.3. Propuesta curricular para alumnos con discapacidad intelectual.....</i> | <i>44</i> |
| <i>Figura 1.4. Tipificación de la discapacidad</i> | <i>46</i> |
| <i>Figura 1.5. Curva de distribución del CI.....</i> | <i>74</i> |
| <i>Figura 1.6. Multifuncionalidad de inteligencia y conducta adaptativa.....</i> | <i>87</i> |
| <i>Figura 3.1. Conclusiones de la evaluación diagnostica.....</i> | <i>128</i> |
| <i>Figura 3.8. Propuesta de intervención</i> | <i>129</i> |
| <i>Figura 3.2. Proceso del programa: habilidades de aseo personal</i> | <i>132</i> |
| <i>Figura 3.3. Proceso del programa: habilidades de arreglo personal.....</i> | <i>134</i> |
| <i>Figura 3.4. Proceso del programa: habilidades de preparación de alimentos.....</i> | <i>135</i> |
| <i>Figura 3.5. Proceso de programa: habilidades de alimentación</i> | <i>137</i> |
| <i>Figura 3.6. Proceso del programa: habilidades de cuidado de pertenencias.....</i> | <i>138</i> |
| <i>Figura 3.7. Proceso de programa: habilidades de cuidado del hogar</i> | <i>140</i> |
| <i>Figura 3.8. Evaluación inicial-final del nivel ejecutivo.....</i> | <i>143</i> |
| <i>Figura 3.9. Evaluación inicial-final del nivel funcional.</i> | <i>144</i> |
| <i>Figura 3.10. Alinne: pretest-postest en habilidades adaptativas</i> | <i>146</i> |
| <i>Figura 3.11. Berenice: prestes-postest en habilidades adaptativas</i> | <i>147</i> |

RESUMEN

La discapacidad intelectual se asocia a un estado actual, caracterizado por limitaciones en el funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, de naturaleza multifactorial a lo largo del ciclo vital (OMS, 2001; AAMR, 2004). Desde el enfoque multidimensional la inteligencia y las habilidades adaptativas se agrupan en conceptuales, prácticas y sociales e implican competencia motora, cognitiva, personal y social (Schalock, 1999). En la categoría práctica se ubican las habilidades de autonomía y vida diaria, identificadas como actividades a realizar independientemente para desenvolverse en diversos entornos (Velasco-Díaz 1994; Querejeta, 2003). La investigación buscó instrumentar, aplicar y evaluar un programa de habilidades adaptativas en personas con discapacidad.

Es un estudio de casos múltiples de tipo experimental (n=1), participaron dos adolescentes de 15 y 16 años, en la evaluación diagnóstica se llenó una ficha de identificación, la carta de consentimiento informado; se aplicó la entrevista clínica (Álvarez y Soler, 1997; López, 2004), el Cuestionario del contexto sociofamiliar (Calvo y Martínez, 2001) el Inventario de Habilidades Básicas (Macotela y Romay, 1992) y el Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas (APAC, 2003); en el caso B se aplicó el Test de inteligencia (Goodenough, 1957), el DFH (Machover, 1983), el BG (Bender, 1984), el WICS-RM (Wechsler, 1984), el Dibujo de la Familia (Corman, 1967) y el FIS (Sacks 1967). La información se completó con diagnósticos y CIE-10 (OMS, 1992), DSM-IV (APA, 2002) y CIF (OMS, 2001).

Con base a los resultados se planeó e instrumentó el Programa de Habilidades Adaptativas de Autonomía y Vida Diaria [PHA-AyVD] basado en programas de Bender y Vallettuti (1981), Bernal y cols. (1990) y Verdugo (2006); el análisis de los resultados, destacó dominio de habilidades de autonomía, desarrollo de habilidades de vida diaria, independencia en el hogar y repercusión positiva en habilidades adaptativas no entrenadas. El trabajo indica la necesidad de diseñar programas en áreas de vida personal, laboral y social, en busca de la integración de las personas con discapacidad intelectual (Benavente, 1991; Schalock, 1999).

INTRODUCCIÓN

En la historia las ideologías contemporáneas contraponen sus postulados ante las ideas dominantes, buscando y condicionando paulatinamente el cambio. Las percepciones han cambiado de una época a otra y lo relativo a la discapacidad intelectual no es la excepción, a lo largo de la historia su conceptualización ha sido objeto de grandes cambios, los cuales a su vez han influido en las estrategias de identificación e intervención (Sánchez, 2001; Lachapelle, 2004). Se tiene conocimiento de sistemas de clasificación y tratamiento de la discapacidad intelectual desde épocas primitivas y se reconoce su abordaje científico desde la medicina, psicología y pedagogía en el siglo XVIII (Fierro, 1990; Aguado, 1995;).

Es decir, desde las culturas primitivas hasta nuestros días, se han postulado y fundamentado una gama de concepciones en torno a la discapacidad intelectual, actualmente se reconoce que no es una enfermedad, que por convicción se ha denominado idiotismo, deficiencia mental, retraso mental, retardo psicológico, discapacidad generalizada, etc., y que se caracteriza por un impacto en todas las dimensiones del ser humano (Bernal y cols. 1990; Bautista y Paradas, 1993; Castañedo, 2001; Sánchez, 2001; González-Pérez, 2003; Lachapelle, 2004; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2004, 2005).

En la actualidad la conceptualización dominante es difundida por organizaciones internacionales como la Asociación Psicológica Americana (1996) [por sus siglas en inglés APA]; la Asociación Psiquiátrica Americana (2002) [por sus siglas en inglés APA]; la Organización Mundial de la Salud (1980, 1992, 2001) [por sus siglas OMS] y la Asociación Americana sobre Retraso Mental (1997, 2004) [por sus siglas en inglés AAMR, actualmente la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo, por sus siglas en inglés AAIDD] que indican limitaciones en el funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, por diversos factores, las limitaciones deben evidenciarse en la interacción de la persona con su medio, durante el desarrollo antes de la edad adulta (APA, 1996; APA, 2002; OMS, 2001; AAMR, 2004).

En México los términos más utilizados son retardo en el desarrollo (Bernal y cols. 1990; Macotela y Romay, 1992; Guevara, Ortega y Plancarte, 2001), discapacidad mental (INEGI 2004 y 2005) y discapacidad intelectual (Secretaría de Educación Pública [SEP], Dirección de Educación Especial [DEE], Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular [USAER], Centros de Atención Múltiples [CAM] y Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar [CAPEP] en Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y la Integración Educativa [PNFEEIE] 2002). El último término se debe a que México al ser un país perteneciente a la OMS, se rige por los criterios establecidos para la discapacidad, por lo que en México la discapacidad intelectual es entendida como:

Una gama muy diversa de manifestaciones y se evidencia de acuerdo con la interactividad del individuo con su entorno social (...) Supone tres condiciones. *Un hecho*: dificultades, en mayor o menor grado, para adquirir los contenidos académicos y de la vida cotidiana. *Una causa*: son muchas las causas (...) suceden en la etapa de desarrollo de la persona (desde la gestación hasta los 18 años) *Una consecuencia*: dificultades, en mayor o menor grado, para adaptarse a los requerimientos de la vida cotidiana, ya sea en el hogar, en la escuela o el trabajo (Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral [APAC], Confederación Mexicana de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual [CONFE], Instituto, Nacional de Estadística, Geografía e Información [INEGI], Secretaría de Educación Pública [SEP], Secretaría de Salud [SSA] y Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia Integral [DIF], 2001, p. 54).

Como se puede observar los términos para referirse a la discapacidad han cambiando por sus connotaciones negativas, por ejemplo la debilidad mental se aplicó al retraso mínimo, la deficiencia mental se asocio a patologías orgánicas, retraso mental a factores biológicos-ambientales y la discapacidad mental a limitaciones en la vida diaria. En la presente investigación se utilizará el término discapacidad intelectual, por su perspectiva ecológica/educativa; su relación con competencia personal y social, su base teórica en postulados de OMS y AAMR y principalmente porque refiere a grupos de personas con etiologías multifactoriales, que apenas tienen en común limitaciones intelectuales-adaptativas y cuyo valoración debe brindar calidad de vida a la persona (Martín-Caro y Otero, 1999; González-Pérez, 2003; Ardilla, Roselli y Matute, 2005; Borthwick-Duffy, Bradley, Buntix, Coulter, Craig, Gómez, Lachapelle, Luckasson, Reeve, Schalock, Shogren, Snell, Spreat, Tassé, Thompson, Verdugo, Wehmeyer y Yeager, 2007).

El INEGI, en su XII Censo Nacional de Población y Vivienda (2002) indicó la existencia de 1'795,300 personas con discapacidad en el país, es decir, el 1.84% de la población total, el estudio arrojó que en el 7% de los hogares habitaba alguna persona con discapacidad y que el número de personas con discapacidad intelectual equivalía al 16.1% de la población total con discapacidad, es decir, aproximadamente 289,043 personas en todo el país. Por su parte la Confederación Mexicana de Asociaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual [CONFE] (citado en Tirado, 2006) refiere a personas con discapacidad que son atendidos por Organizaciones No Gubernamentales [ONG] dando estimaciones de 12'000,000 de personas con discapacidad, de los cuales se calculan 5'000,00 son identificadas con discapacidad intelectual.

La CONFE coincide con las estimaciones estadísticas de la OMS (citado en Tirado, 2006) sobre que el 10% de la población total del mundo presentan algún tipo de discapacidad, es decir, aproximadamente 650'000,000 de personas, de los cuales 70'000,000 son identificados con discapacidad intelectual, calculándose así en México la existencia de 10'000,000 de personas con discapacidad de los cuales el 23% es identificado con discapacidad intelectual (Norma Oficial Mexicana-173-SSA1-1998 [NOM]; Villalobos, 2000; Álvarez, 2004; Wiesner, 2004; Cervantes, 2006). Sólo actualmente el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad [CONADIS] (2008) hace referencia a la discrepancia de cifras, afirmando la existencia de 9'000,000 de personas con discapacidad en México.

Finalmente, el Diagnóstico de Población con Discapacidad en el Distrito Federal (DIF-DF, 2006) detectó 109,134 personas, marcó que 25,627 radican en 246 unidades de alta y muy alta marginación. Los resultados marcaron la siguiente concentración en las Delegaciones: Iztapalapa (8,245), Tlalpan (3,072), Gustavo A. Madero (2,907), Xochimilco (2,782), Álvaro Obregón (2,246), Tláhuac (1,821), Magdalena Contreras (1,286), Coyoacán (1,219), Cuajimalpa (610), Azcapotzalco (313), Miguel Hidalgo (54), Venustiano Carranza (35) e Iztacalco (21), finalmente el diagnóstico indicó que la discapacidad intelectual es la segunda más frecuente en niños de 0 a 12 años, se estimó la existencia de 1,476 niños (DIF-DF, 2007).

El contraste de datos estadísticos de la OMS, la Organización de las Naciones Unidas [ONU], la Organización de Rehabilitación Internacional [ORI] y la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (citados en Cervantes, 2006; Tirado, 2006) con los del INEGI (2002), el Consejo Nacional de Población (2005) [CONAPO], la Secretaría de Salud (2002) [SSA] y los marcados por la Oficina de Representación para la Promoción Integración Social para Personas con Discapacidad den la Presidencia de la República [ORPISPCD] (citada en Tirado, 2006) indican en México una subestimación importante sobre la discapacidad, lo que condiciona los servicios y medidas preventivas. Las altas cifras, exigen la reeducación de la comunidad, mediante el fortalecimiento de instituciones a todos los niveles, investigaciones, atenciones y orientación a los padres, con la finalidad integrar socialmente a las personas con discapacidad (Villalobos, 2000; Wiesner 2004).

Los datos presentados anteriormente, reflejan la situación real de las personas con discapacidad intelectual en México, lo que justifica su estudio teórico y práctico desde valoraciones e intervenciones integrales. Es decir, en la evaluación de las personas con discapacidad intelectual, se debe identificar las principales características-necesidades de la persona, analizar sus fortalezas-debilidades en habilidades intelectuales y adaptativas, participación social, salud física y mental e influencias contextuales, para establecer las bases de intervención según la prioridad (Schalock, 1999; Montero, 2005; García, 2006). El objetivo de toda evaluación es la intervención (Fierro, 1990; García, 1999, Sánchez, 2001).

La intervención en la discapacidad intelectual debe ser con base a programas que respondan a las necesidades de las personas en áreas educativas, de la vida personal, laboral y social. En especial en habilidades adaptativas conceptuales, prácticas y sociales, por ser consideradas la base para alcanzar el máximo grado de autonomía e integración en contextos inmediatos, dado que implican competencia motora, cognitiva, personal y social (Schalock, 1999). Por ejemplo, una acertada intervención en habilidades de autonomía y vida diaria, brindará a la persona independencia e integración en la familia, escuela y sociedad (Velasco-Díaz 1994; Querejeta, 2003; Romero, 2007; Espada, Quiles y Terol, 2008).

Por todo lo anterior, la presente investigación tuvo como propósito, instrumentar, aplicar y evaluar un programa de educación compensatoria en habilidades adaptativas en dos adolescentes con discapacidad intelectual, para ello se realizó una evaluación diagnóstica en seis áreas: antecedentes, habilidades intelectuales, habilidades adaptativas, participación social, estado de salud físico-mental y la influencia contextual. El análisis de resultados condicionó la instrumentación-aplicación del Programa de Habilidades Adaptativas, basado en Bender y Vallettuti (1981), Bernal y cols. (1990) y Verdugo (2006), cuya metodología se marcó por estrategias cognitivo-conductuales, a lo largo del entrenamiento se valoró el desarrollo de habilidades y la eficacia del programa con relación al costo-beneficio.

En el primer apartado se describió la evolución del concepto de discapacidad intelectual; en el segundo apartado se mencionaron los principales referentes teóricos, expuestos por la APA (1996), APA (2002), OMS (2001), AAMR (2004) y educativos. En el tercero, se analizaron las problemáticas de las clasificaciones etiológicas, la incidencia-prevalencia y sus influencias en las medidas preventivas. En el cuarto apartado, se detallaron las características de las personas con discapacidad intelectual, en el quinto y sexto apartado, se marcaron las formas de evaluación-intervención en la discapacidad intelectual, enfatizando en habilidades adaptativas de autonomía y vida diaria y estrategias cognitivo-conductual.

El referente metodológico, quedó ubicado en el apartado sexto, en el se describieron el tipo de estudio, participantes, escenarios, instrumentos, programa de intervención, procedimiento y consideraciones éticas de la investigación. En el apartado de resultados se vació la información obtenida en las evaluaciones diagnósticas, el entrenamiento y el pretest-postes de habilidades adaptativas. En el apartado de discusión y conclusión, se revisó la información a la luz del marco teórico, resultados de la investigación y conclusiones de otros autores. Finalmente, se marcaron sugerencias sobre las variables que influyeron en la investigación y la formación como Psicólogo Educativo en la Universidad Pedagógica Nacional.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Evolución histórica del concepto de la discapacidad intelectual

Las percepciones respecto a la discapacidad intelectual del mundo han cambiando y cambiarán de una época a otra. Los usos aceptables en una época pueden no serlo del todo a luz de nuevos conocimientos (Martín-Caro y Otero, 1999; González-Pérez, 2003; Lachapelle, 2004). Por lo que a continuación se presenta una revisión histórica, se expone cómo el contexto social, cultural e ideológico condicionó la conceptualización, identificación, e intervención de la discapacidad intelectual. Para lograr lo planteado se divide la historia en ocho grandes periodos:

1. *Primitivo* (1 millón de años A.C. a 3500 años A.C.) abarca culturas primitivas y su concepción dualista de influencias empíricas y animistas.
2. *Antiguo* (3500 A.C. a 500 D.C.) abarca grandes civilizaciones antiguas y clásicas y su concepción dualista de influencias racionales y espirituales.
3. *Medieval* (500 D.C. a 1400 D.C.) abarca el movimiento oscurantista.
4. *Renacentista* (1400 D.C. a 1500 D.C.) abarca el movimiento humanista.
5. *Moderno* (1500 D.C. a 1800 D.C.) abarca el periodo de institucionalización y educación de las personas con discapacidad.
6. *Progreso* (1800 D.C. a 1900 D.C.) abarca el periodo de grandes cambios en la discapacidad en general y la educación especial.
7. *Luces* (1900 D.C. A 2000 D.C.) abarca las acciones ambivalentes en el siglo, el estudio multidisciplinar y los movimientos de normalización e integración.
8. *Contemporáneo* (2000 a 2008) abarca los primeros años del siglo XXI y la conceptualización desde enfoques multidimensionales.

La discapacidad intelectual con toda probabilidad ha existido desde los comienzos de la humanidad (Verdugo, 1988; Solloa, 2001; Schom, 2003). Durant (citado en Lachapelle, 2004) indicó que en el **Periodo Primitivo**, las personas que nacían con discapacidad, eran sacrificados y devorados. Martín (citado en Lachapelle, 2004) justifica las acciones por la supervivencia del ser humano en este periodo.

Este tipo de prácticas, por mucho tiempo se consideraron normales y se incrementaron en periodos de hambrunas, lo que produjo rechazo social. En las sociedades primitivas, se buscó y dio prioridad a la supervivencia, por lo que se abandonó y eliminó a las personas con discapacidad, para garantizar la continuidad de la especie (Heward, 1998; Villalobos, 2000). A pesar del marcado rechazo, en el periodo se identificaron tratamientos, el INEGI (2004) refiere que especialistas en medicina prehistórica y paleopatología, corroboraron existencia de enfermedades y alteraciones congénitas (asimetrías óseas, gigantismo, enanismo, etc.), así como las acciones terapéuticas basadas en medicina pretécnica e influencia dualista, empírica y animista (Aguado, 1995; Solloa, 2001).

Scheerenberger (1984) indicó que en el **Periodo Antiguo**, en Mesopotamia, se originaron las primeras clasificaciones de discapacidad, sus escritos hacen referencia a personas tipo monstruos por exceso, defecto o dualidad en el aspecto físico, así como las acciones correspondientes (castigos, muerte y tratamiento) para cada caso. En China, se evidenció prácticas sociales hacia la discapacidad, (Meyerson, citado en Aguado, 1995), mientras que en Esparta a los niños con discapacidad los arrojaron al monte Taigeto (Schom, 2003; INEGI, 2004).

En la India a las personas con discapacidad eran arrojadas al Ganges, en el *Veda de Longevidad* se marcaron prescripciones higiénicas, físicas, para la discapacidad, Buda (563-483 AC) marcó compasión y generosidad, mientras que en Palestina se impuso la Demonología (Aguado, 1995; INEGI, 2004). En Persia se consideró castigo de dios, en Babilonia el *Código Hammurabi* presentó preceptos duros “ojo por ojo y diente por diente” y compasivos “adopción a niños con discapacidad” (Aguado, 1995, pp. 41 y 42), Zarathustra (siglo VI ó X A.C.) marcó la consideración a los semejantes y en Egipto se evidenció acciones curativas, el *Papiro de Edwin Smith* marcaba diagnóstico y tratamiento de parálisis (Aguado, 1995; González-Pérez. 2003). En Masai las personas fueron asesinadas, en África usadas para alejar al demonio, en Sudan abandonadas, en Malasia se le consideraron sabios y en el Nórdico se le venero como dioses (Villalobos, 2000).

En Palestina, los niños eran vendidos como esclavos, el *Pentateuco*, presentó sensibilidad hacia las personas recomendando ayudarlas. Zilboorg y Henry (citados en Aguado 1995), indicaron que la Biblia describe la discapacidad intelectual desde la ideología demonológica, como castigo de Dios ó posesión de espíritus. Villalobos (2000), Guevara, Ortega y Placarte (2001) y González-Pérez (2003), indican que en Grecia y Roma a las personas con discapacidad se les negó el derecho a la vida, provocando así infinidad de prácticas brutales (infanticidio, malos tratos, esclavos, mutilación, etc.) hacia toda persona diferente.

Scheerenberger (1984) y Gómez-Palacio (2002) indican que las personas con discapacidad recibieron un variabilísimo trato, las acciones negativas implicaron calificativos negativos como idiotas ó imbéciles, prácticas crueles, esclavismo y mutilaciones para prácticas médicas (Heward, 1998; INEGI, 2004), de forma paralela hubieron acciones positivas y avances en las acciones terapéuticas (medicina técnica), la *Phycis* fundamentó las prácticas médicas a la discapacidad (Villalobos, 2000; Solloa, 2001) y atribuyó causas biológicas a la discapacidad (INEGI, 2004). En México se distinguió amnesia, melancolía, delirio, alucinación y epilepsia; por cólera divina, infracción de normas sociales o alteración en el comportamiento sexual, el tratamiento lo daba *Tonalpouhqui*, hombre sabio que mediante la palabra restablecía el equilibrio personal (Solloa, 2001; INEGI, 2004).

Las características más sobresaliente del **Periodo Medieval** giran en torno a la tradición demonológica, acciones inquisidoras y personas a favor del Humanismo (González-Pérez, 2003; Lachapelle, 2004). Durante la Edad Media se volvió a considerar inmutabilidad de la discapacidad, por lo que las personas estuvieron sometidas a vidas duras y crueles (INEGI, 2004). El obispo Hispalenses (560-636) diferenció entre amnesia y demencia y Eduardo I (1272-1307) diferencio entre los idiotas de nacimiento y los lunáticos. Médicos árabes, propusieron tratamientos para diversas discapacidades, destacan Hipócrates (410-377) indicó conflictos entre factores internos y externos, marcó su cura al pugnar al enfermo y eliminar humores que generaban el conflicto y Maimónides (1135-1204) indicó asociación de factores biológicos y progreso por instrucción (Solloa, 2001; Aguado, 1995).

García, Escalante, Escandón, Fernández, Mustri y Puga (2000a) mencionan que en el periodo medieval se dieron dos movimientos, uno promovido por los valores de compasión y caridad a las personas con discapacidad, y otros promovidos por los principios morales de explicación sobrenatural. Lachapelle (2004) atribuye maltratos por parte de la sociedad, principalmente de la Santa Inquisición. Guevara, Ortega y Placarte (2001) aportan datos más favorables, indican formación de instituciones para enfermos psíquicos y mentales. El INEGI (2004) completa indicando prácticas de intervención, basadas en medicina monástica e influencias educativas, propuestas por los grandes investigadores de la época.

El Periodo Medieval se caracterizó por una marcada ambivalencia de acciones, el movimiento oscurantista representó una regresión de las ciencias, se volvió a considerar a la persona con discapacidad intelectual poseído. Por su parte el movimiento humanista provocó en el siglo XV la creación de hospitales para personas con discapacidad intelectual (Aguado, 1995; Villalobos, 2000; Solloa, 2001; González-Pérez, 2003; Lachapelle, 2004). Cabe destacar, el dominio de la iglesia en el cuidado de las personas con discapacidad, desaparición de la medicina, la farmacología árabe sustituyó a la griega y el monje reemplazó al médico (Aguado, 1995; García y cols., 2000a; Heward, 1998; INEGI, 2004). En México se marcaron mitologías sagradas y profanas, donde el mago y sacerdote eran los únicos capaces de administrar hierbas curativas y magia (INEGI, 2004).

El **Periodo Renacentista** se caracterizó por el humanismo, el culto a la belleza, interés por el cuerpo y anatomía, desarrollo de la cirugía, persistencia de ideas y prácticas medievales y las primeras brechas sobre la mejora de la discapacidad (Aguado, 1995). Todo gracias a las contribuciones de los grandes representantes de la Filosofía Empírica como Copérnico (1473-1543), Luís Vides (1493-1540), Descartes (1596-1650), Locke (1632-1704) y Leibniz (1646-1746), quienes en sus estudios destacaron el orden normal en la naturaleza y la observación como el método para deducir sus leyes y funciones (Solloa, 2001), lo que provocó cambios en la concepción se reconoció facultades para aprender enseñanzas básicas.

Al disminuir la autoridad del clero, se cerraron instituciones benéficas, el Estado se hizo cargo de las competencias de la Iglesia, aunque la reforma no supuso un alivio del todo para personas con discapacidad, Lutero (1135-1204) y Calvino (1509-1569) las identificaban como personas habitadas por Satanás (González-Pérez, 2003). Scheerenberger (1984) indicó que se les asignaba el papel social del tonto del pueblo ó eran reclusos en internados u hospitales de por vida. La peculiaridad del periodo se marcó por la ambivalencia entre corrientes pesimistas y activas, progresos en la discapacidad intelectual y la técnica protésica (Aguado, 1995; INEGI, 2004; Lachapelle, 2004) contra fracasos como proyectos de intervención hacia la discapacidad (Pelechano, citado en Aguado, 1995).

El **Período Moderno**, es identificado como la Primera Revolución en la Discapacidad, porque se da todo un proceso de laicización de la persona, la corriente humanista condicionó la conceptualización naturalista, bajo un modelo organicista y biologicista (Aguado, 1995). García y cols. (2000a) afirman que en siglos XVI y XVII, se dieron métodos de educación en personas con discapacidad y se realizaron grandes intentos por definir la discapacidad intelectual y sus características. Una primera conceptualización de idiotismo indicaba alteraciones mentales a diferentes niveles, el desacuerdo contribuyó avances científicos y cambio de pensamiento (Solloa, 2001; Sánchez, 2001).

La parte oscura de la Primera Revolución en la Discapacidad, queda reflejada por acciones pesimistas y negativas, consideración permanente de la discapacidad, segregación indiscriminada, internamiento masificado. Las brechas positivas, son la identidad de la discapacidad intelectual, tratamiento moral y avances en medicina, como transfusión de sangre, vacuna contra la viruela, estudio del sistema nervioso-cerebro y la educación en personas con discapacidad (Sánchez, 2001; Solloa, 2001). El estudio de la discapacidad intelectual, lo marcaron Paracelso (1493-1541), quien observó la asociación entre cretinismo y discapacidad intelectual y Félix Plater (1536-1614) quien desde una concepción orgánica da una clasificación psicopatológica en cuatro niveles (Aguado, 1995).

En el siglo XVIII, que varias sociedades comenzaron a preocuparse por la discapacidad. Scheerenberger (1984) indicó que el siglo XVIII se dieron grandes avances en la medicina, destacan Glisson (1597-1677) identificó el origen de la hidrocefalia, Robert Pemell (15??-1653) publicó un manual de enfermedades de la cabeza, Harris (1647-1732) realizó el efecto de la herencia, Hoefer (1614-1681), describió el cretinismo y sus influencias educativas y Duttel (1704-1780) publicó una monografía sobre los defectos congénitos y la discapacidad intelectual.

Las acciones, implicaron avances en la discapacidad intelectual, logrando identificación y reconocimiento como entidad, la educación, el tratamiento moral y la terapia ocupacional constituyeron los principales avances, cabe destacar que el desarrollo surgió en un contexto contrapuesto, por lo que no siempre se mantuvo el avance, vasta recordar el destino de las prometedoras instituciones educativas. A la par de los grandes logros, la vida de las personas con discapacidad se marcó casi igual a la de épocas pasadas (Aguado, 1995; González-Pérez, 2003).

El **Periodo del Progreso**, marcó una ambivalencia entre grandes avances y tragedias, supuso progresos en el estudio de la discapacidad intelectual, marcando una clara diferencia entre discapacidad y enfermedad; escolarización de las personas con discapacidad por métodos sensoriales, mejora de la calidad de servicios residenciales y nacimiento formal de la educación especial (Aguado, 1995; Gómez-Palacio, 2002; González-Pérez, 2003). En México se introdujo la filosofía del racionalismo y se fundaron hospitales, la iglesia era la encargada de diagnosticar e intervenir (Solloa, 2001; INEGI 2004).

El hito sin duda más grande, es el realizado por Itard (1774-1836) cuando educó al niño salvaje que creció en los bosques de Aveyron. Verdugo (1988), Martín-Caro y Otero (1999), Sánchez (2001), Solloa (2001), Deutchs (2003) y Lachapelle (2004), lo consideran como el inicio de la educación en personas con discapacidad, dado que el entrenamiento provocó logros en lenguaje y conducta, demostrando así que la persona con discapacidad puede ser educada y aprender si es entrenada de acuerdo a sus capacidades y necesidades (Sánchez, 2001; Castañedo, 2001).

Pinel (1745-1826), consideró modificabilidad y distinguió entre demencia e idiocia; Esquirol (1772-1840) diferenció enfermedad mental de discapacidad intelectual y sus niveles, imbecilidad e idiocia; Seguin (1812-1880) estableció cinco grupos: idiocia, imbecilidad, debilidad mental y simpleza; Down (1826-1896) marcó la clasificación de idiocia congénita, accidental y del desarrollo; Howe (1801-1876) y Guggenbühl (1816-1863) impulsaron la institucionalización; Ireland (1832-1909) agrupó definiciones, etiologías, acciones educativas y legislaciones, Duncan y Millar (1866) dieron la primera clasificación de conducta; Montessori (1870-1952) construyó material práctico, Decroly (1871-1932) elaboró el método de lectura-escritura; Claparède (1873-1940) abrió aulas especiales; etc. (Verdugo, 1988; Aguado, 1995; Martín-Caro y Otero, 1999; Solloa, 2001; Castañedo, 2001; Sánchez, 2001; González-Pérez, 2003).

En 1876, nació *Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles Mentales*¹, en su trayectoria ha marcado sistemas de clasificación, en 1957 dio niveles de inteligencia, en 1959, incluyó conductas adaptativas; en 1973 estableció desviaciones significativas y en 1992 adoptó el paradigma ecológico. En 1892 se fundó la Asociación Americana de Psicología [APA], su división 22 Aspectos Psicológicos de Discapacidad ha contribuido al estudio de discapacidad. Aguado (1995), González-Pérez (2003) y Giné y Fot, (2007), las consideran como las principales organizaciones en la psicología y la discapacidad intelectual.

A finales de siglo, existían varias clasificaciones de discapacidad, se introdujeron ideas y prácticas educativas para personas con discapacidad en instituciones, lo que produjo una doble acción, por un lado ideas de educabilidad por reformadores sociales y pedagógicos, y por otro, servicios asistenciales que ofrecieron sólo cuidados materiales. La actitud de la sociedad hacia la discapacidad se marcó por el rechazo y temor (Fierro, 1990; Martín-Caro y Otero, 1999; Guevara, Ortega y Placarte, 2001, González-Pérez, 2003; Lachapelle, 2004).

¹ En 1906 se denominó American Association for the Study of the Feeble-minded [AASF], en 1933 se cambió el nombre por American Association on Mental Deficiency [AAMD]; en 1987 se llamó American Association on Mental Retardation [AAMR] y finalmente, desde 2007 se le conoce como Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo [AADDI].

El siglo XX se reconoce como el **Periodo de Luces**, por la creación de instituciones e investigaciones (García y cols., 2000a). Solloa (2001), Gómez-Palacio (2002) y Sánchez (2001) destacan la psicometría y sus conceptos de Edad Mental [EM] y Coeficiente Intelectual [CI], la EM es la capacidad general alcanzada con relación a la edad cronológica [EC], el CI es el nivel de inteligencia. Estadísticamente el promedio es 100 y desviación típica ($DT=\pm 15$), clasificando así la inteligencia: muy superior $CI > 130$; superior $CI 115-130$; normal $CI 85-115$; límite $CI 70-85$; ligera $CI 55-70$; media $CI 40-55$; severa $CI 25-40$ y profunda: $CI < 25$.

Las concepciones más aceptadas las marcaron Tredgold “desarrollo incompleto, ineducable, bajo CI, incapacidad de mantener una vida independiente y comportamiento desadaptativo” y Benda “persona incapaz de manejarse a sí mismo y sus asuntos (...) requiere supervisión, control y cuidados para su propio bienestar y el de la comunidad” (González-Pérez, 2003, p. 27; Castañedo, 1999, p. 29). Las ideas negativas fueron dadas por (Galton (1822-1911) y Goddard (1866-1957) sobre la especie perfecta; Fernald (1859-1944) e incapacidad total; Cattell (1856-1939) el CI bajaba un punto por decenio, atrocidades (cámara de gases, esterilización, etc.), así como instituciones donde se encerró a personas con discapacidad (Martín-Caro y Otero, 1999; Schom, 2003; Lachapelle, 2004). Los avances son reconocidos como la Segunda Revolución de la Discapacidad.

Aguado (1995) y Solloa (2001) indican que la primera mitad del siglo, marcó el nacimiento de psicopatología infantil (Freud (1856-1939) su tratamiento en psicoterapia y psicodinámica); psicología clínica (Wundt (1832-1920) estudios de diferencias individuales); estudios experimentales (Skinner (1909-1990) aplicación clínica y educativa), evaluación psicológica (inteligencia, personalidad, emocional, actitudes, etc.) y medidas institucionales. Todo se acompañó por las brutalidades de la 1ª y 2ª Guerra Mundial. Las contribuciones en educación especial las marcaron los profesionales en medicina, psicología y pedagogía (Castañedo, (2001). Solloa (2001) indica que los instrumentos más reconocidos son Manchas de Rorschach (1921), Prueba de Goodenough (1926), Percepción Temática TAT (1935), Gestáltica (Bender, 1938) y Escalas de inteligencia (Wechsler, 1939).

Aguado (1995), Gómez-Palacio (2002) y González-Pérez (2003) indican que Doll (1889-1968) identificó seis características: incompetencia social, debida a subnormalidad, desarrollo estancado, incompetencia en la madurez, origen constitucional o incurable, lo relevante es que reconoció aspectos evolutivos, intelectuales y sociales; Kanner (1894-1981) indicó discapacidad absoluta y relativa por dependencia social e influencias psicosociales; Wechsler (1896-1991) definió la inteligencia como la capacidad general para entender y manejar el mundo que le rodea, como base a la definición desarrolló sus escalas de inteligencia. Aguado (1995) y Solloa (2001) indican que ante los retos de la psicología infantil, evaluación psicológica y rehabilitación, la División 22 de la APA profundizó en el estudio de la discapacidad y formación profesional especializada.

Desde los años 50's se dieron nuevas actitudes hacia la discapacidad, entre los movimientos internacionales se destacan en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948)* que reconoció la dignidad humana como valor de la sociedad y la *Declaración del Progreso y el Desarrollo en lo Social (ONU, 1969)* que señaló protección de los derechos y bienestar de personas con discapacidad (Ezcurra y Molina, 2000). En Norteamérica el *Congreso Nacional de Salud Mental (1946)* y el *Congreso de Boulde (1949)*, dieron al psicólogo tareas de diagnóstico y funciones terapéuticas (Aguado, 1995). La rehabilitación se marcó por la Pedagogía Terapéutica, ciencia médica, psicológica y pedagógica (Guevara, Ortega y Placarte, 2001; Schom, 2003) y movimientos de *Normalización e Integración* (Fierro, 1990; García, 1999; Villalobos, 2000; González-Pérez, 2003). En México, se marcó la investigación y rehabilitación de la discapacidad (INEGI, 2004).

En suma, en el Periodo de Luces creció la inquietud por mejorar la situación de las personas con discapacidad intelectual, se reformaron técnicas de intervención, así como el nacimiento de educación comunitaria, psicosocial, social, temprana, etc. (Aguado, 1995; Solloa, 2001; Lachapelle, 2004). Ezcurra y Molina (2000), Villalobos (2000), García y cols. (2000a), INEGI (2004), Álvarez (2004) y OMS (2006) indican que desde los 70's destacaron varios acontecimientos, destacan:

- La *Conferencia sobre Igualdad de Oportunidades (UNESCO, 1968)* propuso la educación como promotor del desarrollo individual y social.
 - La *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU, 1971)* reconoció derechos humanos y necesidades en ámbitos médicos, educativos y sociales.
 - La *Declaración de los derechos de los impedidos (ONU, 1975)* proclamó la igualdad de derechos civiles y políticos para las personas con discapacidad.
 - La *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (OMS, 1980)* conceptualizó deficiencia, discapacidad y minusvalía.
 - El Informe de Warnock (1987) y sus Necesidades Educativas Especiales [NEE].
 - El *Año Internacional de los Impedidos (UNESCO 1981)* difundió la normalización e indicó el derecho fundamental y pleno a la educación.
 - La *Declaración Sundberg (UNESCO, 1982)*, marcó un programa de diez años, que buscó igualdad de derechos y participación de personas con discapacidad.
 - La *Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989)* hizo hincapié en la atención, protección y tratamiento de la salud física o mental de los niños.
 - Los *Principios de Protección de Enfermos Mentales y Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991)* marcó estándares a la discapacidad.
 - La proclamación del 3 de Diciembre como *Día Internacional de las personas con discapacidad (ONU, 1992)*.
 - Las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU, 1993)*, buscaron garantizar derechos y obligaciones.
 - La *Declaración de Managua (1993)* promovió leyes para la salud, enseñanza y trabajo y acciones en legislación, conciencia pública, investigación y servicios.
 - En la *Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994)* indicó que en los niños con discapacidad se debe tomar en cuenta su Necesidades Especiales [NE] y NEE.
 - La *Cumbre Mundial del Desarrollo Social (UNESCO, 1995)* estableció oportunidades educativas igualitarias en ambientes integrados.
 - El *Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad (ONU, 1996)*, indicó prevención, rehabilitación e integración en personas con discapacidad.
 - La *Convención Interamericana contra la Discriminación de las Personas con Discapacidad (1999)*, planteó y propuso estrategias contra la discriminación.
-

A finales de los 80's Landsman y Ramey (citados en Gómez-Palacio, 2002) propusieron el cambio del término retraso mental por su carácter estigmatizador, en su lugar propusieron su estudio biomédico y un sistema de evaluación integral que aportará un perfil de funcionamiento. Mercer enfatizó en la interacción persona, roles social y expectativa de contexto, Leland indicó ajuste social al entorno y Baltazar marcó habilidades de autonomía personal (Meece, 2000). Lo que provocó marcos vinculados al contexto y cognición, como la inteligencia conceptual, práctica y social (Borthwick-Duffy, Bradley, Buntix y cols. 2007).

La OMS (citado en Schalock, 1999) marcó una visión ecológica, visualizó la discapacidad como resultado de su interacción con variables ambientales, las limitaciones se asociaron a falta o anormalidad del cuerpo a nivel fisiológico o psicológico. Por estos últimos acontecimientos, el periodo es reconocido como la Tercera Revolución en la Discapacidad. El Periodo de Luces cerró con grandes avances en la discapacidad, desde corrientes sociales y de salud, aparición de diversos enfoques, programas educativos y concepciones multidimensionales y ecológicas (Solloa, 2001). Lo que repercutió en el **Periodo Contemporáneo**, donde se han logrado grandes y varios avances como:

- Las publicaciones de *Salud mental: nuevos conocimientos y esperanzas* (OMS, 2001) y *Sistema de Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud* (OMS, 2001) relacionados con salud y discapacidad.
 - Las *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos* (Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] (2002) realzó derechos y códigos éticos en investigaciones.
 - La AAMR (2002) perfeccionó su encuadre teórico metodológico: definición, clasificación y sistemas de apoyos desde un enfoque multidimensional.
 - La *Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de personas con Trastornos Mentales* (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2004) buscó la acción plena de los derechos universales en personas con discapacidad.
 - El *Manual de la Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación* (OMS, 2006) describe la evolución de la salud mental en personas con o sin discapacidad.
-

De los acontecimientos más recientes se puede hablar de la *Declaración de las personas con Discapacidad (ONU, 2006)*, donde se elaboraron los derechos de las personas con discapacidad. Se buscó que los países se comprometieran y pusieran en práctica políticas, leyes y medidas para asegurar derechos. Entre las acciones, destacan el cambio de percepciones, el disfrute de la vida en igualdad e independencia y la inclusión a la comunidad. La misma ONU a través de la OMS está reformando la filosofía con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y lograr un compromiso más fuerte entre los sectores de salud y la población en general. Todo en colaboración de las propias personas con discapacidad (Villalobos, 2000; Álvarez, 2004; Cervantes, 2006).

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] está trabajando por la educación de todos, sin excluir a ningún ser humano por mayores limitaciones que tenga y centrado su trabajo en la genética y bioética, para impedir la selección de seres humanos y los experimentos con ellos. El Fondo de Emergencia de Internacional de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF] está trabajando para mejorar las condiciones de vida de niños con y sin discapacidad. Finalmente la Organización Internacional del Trabajo (OIT) está proporcionando un gran apoyo, en los aspectos laborales de las personas con discapacidad (Villalobos, 2000; Álvarez, 2004).

En lo referente a México, el INEGI (2004) indica que los esfuerzos realizados han promovido un trabajo coordinado en distintos sectores. Ezcurra y Molina (2000), García y cols (2000a), Villalobos (2000) y Álvarez (2004) mencionan que los hechos más relevantes con relación a la discapacidad en México son:

- En 1940 organismos sociales de carácter altruista, para brindar diversos tipos de atención en materia de salud, rehabilitación o educación (Cervantes, 2006).
 - En 1977 se creó el DIF con la finalidad de brindar asistencia social a población marginada, con discapacidad o desventaja social (Fuentes, 1998).
 - El Plan Nacional de Desarrollo (1983-1988) incluyó acciones encaminadas a impulsar la protección social a personas con discapacidad.
-

-
- El DIF (1983) estableció el Programa de Rehabilitación, abarcó actividades en el sistema neuro-músculo-esquelético, comunicación, problemas de lenguaje, ceguera o debilidad visual, así como las de salud mental (Fuentes, 1998).
 - En 1989 la *Ley sobre del Sistema Nacional de Asistencia Social (1989)* indicó receptoras del servicio a personas con discapacidad (Cervantes, 2006).
 - EL *Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994)* indicó al DIF desarrollar el Programa de Asistencia a Minusválidos, que proporcionó servicios de rehabilitación y buscó facilitar la integración.
 - Organismos sociales de y para personas con discapacidad en 1999 formaron el *Consejo Nacional Ciudadano de Personas con Discapacidad* para la defensa de los derechos, acciones institucionales y promoción de leyes (Cervantes, 2006).
 - El *Artículo 3° Constitucional y la Ley General de Educación* (Poder Ejecutivo Federal 1993) dieron oportunidad para la innovación de la educación especial.
 - En el *Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000)*, la problemática de la población con discapacidad se considero y estudio ampliamente.
 - EN 1995 se creo la *Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad [CONVIVE]*, que diseñó el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (Fuentes, 1998).
 - La *Conferencia Nacional: Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales: Equidad para la diversidad* (SEP y SNTE, 1997), buscó la educación de calidad a la población con discapacidad y necesidades especiales.
 - A partir del año 2000, el Programa Nacional de Actualización Permanente (PRONAP) ofrece el *Curso de la Integración Educativa* a todos los profesores.
 - El *Plan Nacional de Desarrollo (2001-2006)*, se planteo crear la *Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad [ORPISPCD]*, el *Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (2001-2006)* y el *Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS)*.
 - En el 2002, la SEP propuso el *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*.
-

Las acciones implicaron compromisos institucionales y acciones intersectoriales entre instituciones públicas y privadas, ONG y Asociaciones de Personas con discapacidad, lo que concluyó en políticas públicas y estrategias de integración. Como puede observarse México ha evolucionado casi a la par de movimientos internacionales. Guevara, Ortega, y Plancarte (2001) indican que en México la Educación Especial ha tenido limitaciones económicas y los esfuerzos se basan en creación de instituciones como la Dirección de Educación Especial [DEE], Unidad de Orientación Psicopedagógica [UOP] e investigación y documentación. Más recientemente esta la Ley General de Personas con Discapacidad (2005):

Establecer bases que permitan la plena inclusión (...) en un marco de igualdad y de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida. (...) Esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas (...) Los principios [de] las políticas públicas son: a) La equidad; b) La justicia social; c) La equiparación de oportunidades; d) El reconocimiento de las diferencias; e) La dignidad; f) La integración; g) El respeto, y h) La accesibilidad (...).[así como] derechos y garantías [en materias] de salud, trabajo y capacitación, educación, facilidades arquitectónicas, desarrollo humano y de vivienda, transporte público y comunicaciones, desarrollo y asistencia social, deporte y cultura, y seguridad jurídica (Poder Ejecutivo Federal, 2005).

Por su parte la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la igualdad, derecho a salud, educación, dignidad e integridad personal, otros instrumentos jurídicos en la misma relación son la Ley General de Salud, Ley General de Educación, Ley del Seguro Social, Ley Federal del Trabajo, Ley del Transporte, Ley del Desarrollo Urbano, Ley del Deporte, Reglamento del Consejo Promotor para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad y la NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad (Villalobos, 2000, Álvarez, 2004; Cervantes, 2006).

Es importante destacar, que si bien existe un amplio Marco Jurídico a nivel Federal y Estatal, que reconoce los derechos de la población con discapacidad, el desarrollo de políticas públicas en los años recientes adolece de un marco rector estratégico que articule los preceptos legales, la dirección institucional, la definición y aplicación de recursos públicos federales ó estatales, e incluya la participación de más organismos sociales de y para personas con discapacidad (Villalobos, 2000, Álvarez, 2004; Cervantes, 2006).

Ejemplo de lo anterior, es que el eje rector en la política social continua siendo el Programa de Atención a Personas con Discapacidad, el cual, al no efectuarse las adecuaciones necesarias en los nuevos programas del sexenio 2006-2012, está provocando incertidumbres al no lograr los efectos pretendidos. Cabe destacar, que se identifican avances y resultados positivos en materia de discapacidad, destacan la delimitación de discapacidad intelectual “impedimento en funciones mentales, por alteración prenatal, perinatal, posnatal que limita a la persona a conducirse en actividades en medio familiar, social, escolar o laboral” (NOM173-SSA1-1998; INEGI, 2004) y los esfuerzos conjuntos de APAC, CONFE, SSA y DIF en la discapacidad en general (Villalobos, 2000; Álvarez, 2004; Cervantes, 2006). Aunque aún falta mucho camino a recorrer por lo que se debe seguir actuando.

En conclusión, se observa como a lo largo de la historia, las sociedades muestran un determinado contexto social, que establece la diferencia desde criterios de selección, terminología y papeles sociales que han de jugar las personas con discapacidad, así como la intervención que se ha de otorgar. En estos momentos la discapacidad se visualiza desde modelos socioambientales y una conexión entre corrientes sociales y ciencias de la salud. En suma, se visualizan como un período favorable y positivo para las personas con discapacidad aunque con preocupantes como los recortes presupuestarios y sus repercusiones en el empleo e integración de las personas con discapacidad (Aguado, 1995).

Hoy por hoy, en la discapacidad intelectual, se reconoce su origen interaccional, remite a los apoyos de los contextos y reconoce su relación con trastornos de desarrollo (Wisner, 2004; Giné y Fot, 2007), aunque como indicó Haywood (citado en Martín-Caro y Otero, 1999, pp. 253-254) “la búsqueda de nuevos conceptos, implica reconocer la inadecuación de perspectivas actuales, incorporar nuevos conocimientos (...) y tomar en cuenta el relativismo cultural” y el editor de AAIDD antes AAMR (Taylor 2007, párrafo 2), “la verdadera quid es la inclusión y aceptación de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad” por lo que su valoración-intervención debe enfatizar la autonomía, integración y calidad de vida en la persona con discapacidad (Benavente; 1991; Schalock, 1999).

Referentes conceptuales

Solloa (2001) y Sánchez (2001) indican entre las técnicas para analizar la discapacidad intelectual destacan el enfoque médico, psicométrico, psicoterapia, evolutivo, comportamental, intervención educativa y social, enfoque cognitivo y cognitivo-conductual. Por su parte Borthwick-Duffy, Bradley, Buntix y cols. (2007) reconocen cuatro enfoques: *el enfoque social*: que enfatizó la inteligencia y el rol de las personas inteligentes en la sociedad, hasta centrarse en la conducta social y el prototipo de conducta natural; *el enfoque clínico*: marcado por síntomas y síndromes clínicos, que enfatizó el papel de la organicidad, heredabilidad y la patología; *el enfoque intelectual*: marcado por el nacimiento de la inteligencia como y los test mentales, enfatizó en el funcionamiento intelectual reflejado por el CI; y *el enfoque dual*: marcado por la consistencia entre limitaciones intelectuales y conductuales en la adaptación a las demandas ambientales y una edad de inicio.

Cada uno de los enfoques a la par marcan sistemas de clasificaciones según sus principal criterio, como: causas, CI, nivel educativo, adaptación, etc., desde cuatro o cinco niveles: bordelaine, leve, moderada, severa y profunda, ejemplo son la Clasificación de Benda (1962) basada en la identificación de niños retrasados mediante la valoración del CI; la clasificación de Strauss y Lethiner (1947), basada en la etiologías endógenas y exógenas; la clasificación dicotómica de Lewis (1933), basada en daños orgánicos y grupo subcultural, o la clasificación de Kanner (1949), basada en reacciones de conducta y niveles de discapacidad absoluta, relativa y aparente, la clasificación de Doll, Heber y Grosman, basadas en conducta adaptativa (citados en Castañedo, 1999; AAMR, 2004).

Dada la relevancia de todo sistema (utilización, actualización y adaptación a los cambios conceptuales y filosóficos), es que actualmente se reconoce tres características, limitación en funcionamiento intelectual, repercusión en áreas adaptativas y su aparición durante el desarrollo, antes de la edad adulta (Verdugo, 2004). A continuación se revisan los principales sistemas de clasificación en discapacidad intelectual y se identifican sus principales aportaciones.

Asociación Psicológica Americana (APA, 1996)

Organización científica y profesional de psicólogos de los EEUU, fundada en 1892 por Stanley Hall (1844-1924), se caracteriza por buscar la participación de las comunidades en sus servicios de salud y rehabilitación sobre la discapacidad y la formación de profesionales psicólogos como agentes de cambio social (Aguado, 1995; Solloa, 2001). En la actualidad trabaja en conjunto con la OMS en la edición de su manual y la aplicación estandarizada de la CIF (Cohen, citado en AAMR, 2004), buscan el agrupamiento de instrumentos de evaluación y una guía clínica con base a la CIF, lo que podría ser útil en la discapacidad intelectual.

La APA tiene como objetivo el avance de la Psicología, promover la salud, educación y bienestar humano, por medio del estudio de la Psicología en todas sus ramas, el fomento a la investigación y perfeccionamiento de los métodos de investigación, formación de profesionales especializados desde estándares de ética, conducta, educación y difusión del conocimiento psicológico en reuniones, noticias, periódicos y publicaciones. Actualmente, está compuesta por 56 divisiones cada una cuenta con sus respectivos especialistas e investigadores, lo cuales difunden estudios en sus respectivas revistas especializadas (APA, 2009).

La División equivalente a la discapacidad intelectual es la División 33 Mental Inhabilidades intelectuales y de Desarrollo, la cual busca unir en una sola organización a los miembros de la APA interesados en los aspectos psicológicos y sociales de la división para ampliar e intercambiar el conocimiento relacionado con la investigación, educación y profesional; realzar el desarrollo profesional y calidad de servicios profesionales; desarrollar sociedades con personas con inhabilidades de desarrollo y con las organizaciones que las representan para incorporar sus perspectivas; informar al público sobre la importancia de factores psicológicos, del comportamiento y sociales en las vidas de las personas con inhabilidades de desarrollo; consolidar la práctica de la psicología en inhabilidades de desarrollo como profesional distinto; y crear estándares de práctica e investigación para los psicólogos en inhabilidades de desarrollo (APA, 2009).

La División 33 en su publicación *Manual de la diagnosis y de la práctica del profesional en el retraso mental (1996)* ve la discapacidad intelectual como retraso mental y la conceptualiza como “a) limitaciones significativas del funcionamiento intelectual global, b) limitaciones significativas concurrentes de las aptitudes; y c) manifestación antes de los 22 años” (Lachapelle, 2004, p. 9). Es decir la APA ve la discapacidad intelectual como una sicopatología y asocian diferentes individuales, en habilidades de comprensión de ideas complejas, adaptación al entorno, aprendizajes por experiencia, razonamiento y resolución de problemas (Ver Tabla 1.1.).

Tabla 1.1. Criterios de diagnóstico de Retraso Mental (APA, 1996)

| Características en el Retraso Mental | |
|---|---|
| a) Limitaciones significativas del funcionamiento intelectual global; | |
| b) limitaciones significativas de las aptitudes adaptativas; | |
| c) su manifestación antes de los 22 años. | |
| Las limitaciones intelectuales deben ser en relación a la competencia general y las limitaciones en actitudes adaptativas deben ser en relación a aprendizaje, utilización del conocimiento, tareas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones-relaciones interpersonales, áreas de vida: educación, trabajo, vida económica, comunitaria, social y cívica. | |
| Retraso mental Leve | CI de 55 a 70, dos intervalos por debajo de la media |
| Retraso mental Moderado | CI de 35 a 54, tres intervalos por debajo de la media |
| Retraso mental Grave | CI de 20 a 35 cuatro intervalos por debajo de la media |
| Retraso mental Profundo | CI inferior a 25, cinco intervalos por debajo de la media |

Basado en Lachapelle (2004, p. 9)

Las limitaciones intelectuales deben ser en la competencia general y las limitaciones en actitudes adaptativas en el aprendizaje, utilización del conocimiento, tareas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones, vida educativa, laboral y social. Las limitaciones han de ser significativas, la inteligencia han de ser consideradas a la vista de la conducta adaptativa y viceversa mediante la aplicación de pruebas estandarizados con baremos concernientes a la población general y la cultura (APA, 1996). Finalmente, la manifestación de la discapacidad en niveles obedece a las diferencias individuales y gravedad de la discapacidad en la persona, en los niveles de discapacidad leve y moderada se asocia déficits en uno o dos dominios adaptativos y en los niveles de discapacidad grave y profunda se evidencia déficits significativos en cada uno de los dominios adaptativos (APA, 1996).

Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002)

Organización científica y profesional de los EEUU, que goza de gran prestigio desde 1952, cuando estableció los lineamientos sobre los trastornos mentales y publicó su primer Manual Diagnóstico y Estadístico: Trastornos Mentales [DSM-1] el cual describía categorías diagnósticas (Solloa, 2001). En la actualidad el DSM-IV contiene una clasificación y descripción de los trastornos mentales, donde la discapacidad intelectual es asociada a retraso mental y visualizado como un Trastorno Generalizado de Desarrollo [TGD] del retraso mental y la define como:

Un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media (CI aproximadamente < 70) asociado a déficit del funcionamiento adaptativo actual en al menos dos de los siguientes sectores: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de los recursos de la comunidad, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad, que aparece antes de los 18 años (APA, 2002, p. 313).

La propuesta de identificación implica un sistema de evaluación multiaxial para incorporar de forma precisa la información más relevante acerca del estado físico, mental, psicológico y social de una persona con discapacidad o algún trastorno. El DSM-IV (APA, 2002), en su sistema de clasificación, hace hincapié en cortes divisorios de la inteligencia, siendo el promedio un CI=100 y alteraciones en las personas por dos o más Desviaciones Estándar (DE=15 puntos de CI, cada una) por debajo de la media, quedando clasifica la gravedad de la discapacidad en insuficiencia leve, moderado, severo y profundo (González-Pérez, 2003).

El DSM-IV hace hincapié en la identificación de tres criterios fundamentales, capacidad general por debajo del promedio, asociada a déficit o deterioro en la conducta adaptativa y comienzo antes de los 18 años (APA, 2002). Realza la presencia de amplia gama de necesidades de apoyo, como el retraso en el lenguaje, desarrollo motor, imagen corporal, funciones corporales y cognitivas, las cuales afectan significativamente en el funcionamiento de la persona, otros factores relacionados son la personalidad, motivación, educación y oportunidades sociales-ocupacionales (Castañedo, 1999; Solloa, 2001). Es claro, para diagnosticar discapacidad intelectual se deben identificar los tres criterios:

Tabla 1.2. Criterios de diagnóstico de Retraso Mental (APA, 2002)

| Características en el Retraso Mental | |
|---|------------------------|
| A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test administrado individualmente (en los niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente menor al promedio). | |
| B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de los recursos de la comunidad, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. | |
| C. El inicio es inferior a los 18 años. | |
| 317 Retraso mental leve | CI entre 50-55 y 70 |
| 318.0 Retraso mental | CI entre 35-40 y 50-55 |
| 318.1 Retraso mental grave | CI entre 20-25 y 35-40 |
| 318.2 Retraso mental profundo | CI inferior a 20-25 |
| 319 No especificado | No especificado |
| Existen una fuerte sospecha de retraso mental pero no puede ser detectado a través de las pruebas de inteligencia convencionales | |
| Tomado de APA (2002 p. 321) | |

El sistema de clasificación multiaxial del DSM-IV, propone una descripción del funcionamiento actual de la persona desde cinco ejes, el análisis global considera aspectos relevantes, problemas y dificultades que la persona ha presentado o presenta en cada uno de los ejes, con la finalidad de identificar antecedentes y solapamiento de problemas (APA, 2002). El sistema multiaxial implica una descripción sobre varios ejes que refieren dominio en la información que puede ayudar al plan del clínico y predecir resultado.

Eje I. Síndromes clínicos y condiciones que requieren atención o tratamiento. Se describen el o los trastornos mentales principales a excepción de los de personalidad y discapacidad intelectual, así como las condiciones que pueden ser el foco de atención clínica. Cuando una persona presenta desordenes en los ejes I y II, el diagnóstico debe describirse en el primero seguido de la frase “diagnóstico principal” y si no se identifican desordenes en el eje I se debe cifrar con V71.09.

Eje II. Trastornos de personalidad y retraso mental. Se describe y especifica si hay trastornos de personalidad o discapacidad intelectual, así como características no adaptativas y mecanismos de defensa de la persona. Cuando el diagnóstico principal se ubica en el eje II, en la descripción se debe indicar “diagnóstico principal” y si no se identifica desordenes en el eje II se debe cifrar con V71.09.

Eje III. Condiciones médicas. Se describen las condiciones médicas actuales que son relevantes para comprender la aparición y permanencia de los trastornos mentales de la persona, se puede complementar con el ICE-10 y CIF de la OMS. Las condiciones pueden estar relacionadas con una enfermedad física (factor etiológico que provoca el trastorno, mecanismos fisiológicos) o la enfermedad tiene relevancia en el tratamiento de la persona. Si una persona tiene más de un diagnóstico clínico relevante todos deben ser descritos, por su parte si no hay desorden en el eje III se debe indicar con la frase “ninguno”.

Eje IV. Problemas psicosociales o ambientales. Se describen los problemas familiares, sociales, educativos, ocupacionales, habitacionales y económicos que afecten el funcionamiento de la persona y puedan influir en el diagnóstico, tratamiento y pronósticos de trastornos mentales. Sólo se debe indicar los más estresantes destacando las influencias en la iniciación o exacerbación de un trastorno mental. Cuando son el foco de atención se debe registrar en el eje I seguido de la frase “otras condiciones que puedan ser foco atención clínica” y en el eje IV se describen los problemas e indicar los factores específicos implicados.

Eje V. Evaluación global del funcionamiento. Se incluye el juicio clínico y se valora el nivel de funcionamiento general de la persona con la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG) con base a sus resultados se diseña la intervención en el funcionamiento psicológico, social y laboral de la persona. La escala se divide en 10 gamas de funcionamiento cada una con base a la severidad de los síntomas y la descripción del funcionamiento ambos ejemplificados. Los resultados deben indicar el grado de los síntomas, el nivel de funcionamiento, la descripción del funcionamiento y el período que refleja (APA, 2002).

En suma el manual busca proveer una nomenclatura oficial aplicada a diversos contextos y por especialistas de diferentes áreas, al resaltar especificaciones de severidad y curso del trastorno. Cabe destacar que el DSM-IV es una guía que debe ser acompañada del juicio clínico, conocimientos profesionales y criterios éticos, así como tener en cuenta que las categorías para cada trastorno son sólo parámetros por lo que un grupo de personas con un mismo no comparten las mismas características, más bien presenta necesidades individuales (APA, 2002).

Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR, 2004)

Organización científica y especialistas de los EEUU, que goza de gran prestigio desde 1876, cuando comenzó a marcar el estudio de la discapacidad intelectual. La AAMR (2004) en su última publicación, relaciona la discapacidad intelectual con retraso mental y la define como “discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (AAMR, 2004, p. 39).

Este sistema de clasificación, refuerza la posición ecológica de la novena edición. El modelo es básicamente funcional, implica la interrelación entre capacidades (inteligencia y habilidades adaptativas), entornos y funcionamiento desde un enfoque multidimensional (Bermejo y Verdugo, 1998).

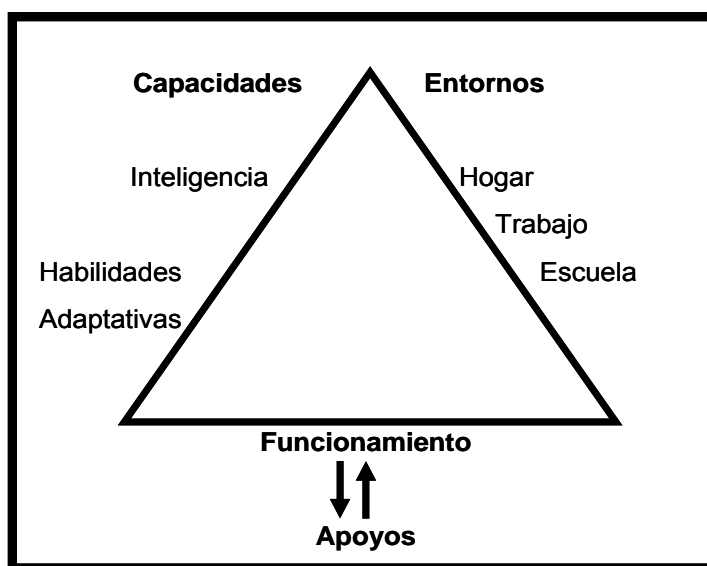


Figura 1.1. Modelo teórico de la AAMR

Tomado de Schalock (1999, p. 5).

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se ven condicionados por la influencia en las dimensiones: aptitudes intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales, salud y contextos. Cada una puede afectar positivamente o negativamente en la persona (Martín-Caro y Otero, 1999; AAMR, 2004; García, 2006; Montero, 2005; Verdugo, 2003, 2004).

En la Figura 1.1, a la izquierda se encuentran los elementos de la definición inteligencia por debajo de la norma ($CI \geq 70$); dos áreas deficitarias en la conducta y su comienzo durante el desarrollo y antes de la edad adulta. La base indica que el funcionamiento de la persona con discapacidad mejora si se le ofrece los apoyos necesarios. La parte derecha del triangulo analiza los entornos naturales en los que se desenvuelve la persona, se valora si ofrece oportunidades que compensen las dificultades la persona. En suma, la presencia o ausencia de apoyos influyen en el funcionamiento de la persona (Martín-Caro y Otero 1999).

El retraso mental se refiere un estado de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y es afectado positivamente por los apoyos individualizados. Como un modelo de funcionamiento, incluye la estructura y expectativa de los sistemas dentro de los cuales la persona funciona e interactúa: micro, meso y macrosistema. Es decir, un comprensivo y correcto entendimiento del retraso mental requiere un acercamiento multidimensional y ecológico que refleje la interacción del individuo y su medio ambiente, y los resultados de esta interacción referidos a la persona con relación a su independencia, relaciones, contribuciones, participación escolar y comunitaria y bienestar personal (AAMR, 2004, p. 48).

Al tratarse de una relación de reciprocidad entre persona y ambientes, se habla de un proceso de evaluación con tres funciones: diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos. La primera bajo los tres criterios establecidos, la segunda, por identificación de capacidades-debilidades en las cinco dimensiones y la tercera en relación a las necesidades en las áreas de desarrollo humano (González-Pérez, 2003; Verdugo, 2003, 2004). Con la finalidad de desarrollar el nivel de independencia, productividad, integración y satisfacción personal.

Maneja un sistema de clasificación por intensidades de apoyos necesarios, donde las intensidades se manifiestan por ser intermitentes, limitadas, extensas o generalizadas (ILEG), bajo la argumentación de un sistema de clasificación y organización sobre lo que necesitan las personas (AAMR, 2004). En el sistema “ILEG” se debe clasificar las necesidades de la persona con discapacidad por intensidades de apoyo necesarios y por tipos de apoyos como duración personal, frecuencia temporal, contextos en los que necesita apoyo, recursos requeridos para apoyos y grado de intromisión en la vida personal (AAMR, 2004).

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980, 1992, 2001)

Organización internacional científica, dependiente de la ONU, su mayor contribución es la clasificación médica y sus publicaciones estadísticas de enfermedades. La OMS ve la discapacidad intelectual como Retraso Mental y plasma su investigación en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías [CIDDM] (OMS, 1980), la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] (OMS, 1992) y Clasificación Internacional del Funcionamiento de Salud y Discapacidad [CIF] (OMS, 2001).

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

La OMS (1980) delimitó en la CIDDM los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, indicó en *deficiencia* anormalidad de la estructura corporal, de la apariencia y función de un órgano o sistema; *discapacidad* como consecuencia de las deficiencias, desde el punto de vista de rendimiento personal y la *minusvalía* como desventaja social para una persona a consecuencia de la presencia y permanencia de una deficiencia o una discapacidad, lo que implica limitaciones en el desempeño social. En deficiencias incluye intelectuales, percepción, atención, memoria y pensamiento, marcando cuatro categorías: profundo (CI<20); grave (CI 20 a 34); moderado (CI 35 a 49) y ligero (CI 50 a 70).

Tabla 1.3. Clasificación: deficiencia, discapacidad y minusvalía (OMS, 1980)

| Deficiencia | Discapacidad | Minusvalía |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Cognitivas | Conducta | Orientación |
| Afectivo-motrices | Comunicación | Independencia física |
| Lenguaje | Cuidado personal | Movilidad |
| Visión | Locomoción | Ocupacional |
| Audición | Destreza | Integración social |
| Viscerales | Sensoriales | Inadaptación social |
| Músculo-esqueléticas | Aptitudinales | Y otras |
| Desfiguradoras | Y otras restricciones | |
| Generalizadas | | |
| Sensitivas | | |
| Y otras deficiencias | | |

| | | | | | | |
|--|---|---------------|---|--------------|---|-------------|
| En la evolución de un trastorno se da el siguiente proceso | | | | | | |
| DEFICIENCIA | → | DEFICIENCIA | → | DISCAPACIDAD | → | MINUSVALÍA |
| Situación intrínseca | | Exteriorizada | | Objetivizada | | Socializada |

Basado en Sánchez (2001, pp. 61-63).

Clasificación Internacional de Enfermedades

Para unificar criterios, la OMS (1992) llegó al sistema de clasificación CIE-10, en el mantuvo la estructura del CIE-9, sólo remplazó el esquema de código numérico por un alfanumérico, permitiendo ampliar la estructura de codificación y revisiones futuras sin alterar el sistema de codificación. La CIE-10 es básicamente una lista de clasificación tabular construida en torno a 21 capítulos que abarcan una amplia área de enfermedades y parasitarias hasta los factores que influyen el estratos de salud y el contacto con los servicios de salud.

En el capítulo cinco *Trastornos mentales y del comportamiento*, se incluye la descripción de la discapacidad intelectual en sus cuatro niveles, las descripciones marcan cortes aproximados de CI así como su equivalencia en EM, hace hincapié en el CI y EM máximo a alcanzar según el grado de discapacidad: leve, moderado, grave y profundo), marca las principales fortalezas y dificultades que pueden presentar la persona en cada nivel de discapacidad y los síntomas en categorías mixtas o no establecidas como otros tipos de retraso mental (Ver Tabla 1.4.).

Tabla 1.4. Criterios de diagnóstico de Retraso Mental (OMS, 1992)

| Características en el Retraso Mental | | | |
|---|---------|--------|--|
| Las cuatro subdivisiones de cuatro factores siguientes se utilizan para identificar la extensión de la deficiencia sobre la conducta en las categorías de F70-F79: 0 con deterioro del comportamiento mínimo ausente; 1 con deterioro del comportamiento importante que requiere atención y tratamiento; 8 con otros deterioros de comportamiento; y 9 sin alusión al deterioro del comportamiento. Si se desea se puede utilizar códigos adicionales para identificar trastornos sociales, del desarrollo, de conducta o minusvalía física | | | |
| Niveles | CI | EM | Características |
| F70. RM Ligero | 50 - 69 | 9 a 12 | Dificultades de aprendizaje en la escuela. De adultos serán capaces de trabajar y mantener relaciones sociales y contribuir a la sociedad. |
| F71. RM Moderado | 35 - 49 | 6 a 9 | Retrasos notables en el desarrollo de su infancia, aprende a desarrollar algún grado de independencia en autocuidados y adquieren habilidades académicas y de comunicación. Se adultos necesitan diversos niveles de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad |
| F73. RM Severo | 20 - 34 | 3 a 6 | Necesidades de guía y apoyo. |
| F74. RM Profundo | < 20 | = < 3 | Necesidad continua de apoyo. |

Adaptado de CIE-10 (OMS, 1992, p. 356 y 357).

En suma, la OMS (1992) en su sistema de clasificación CIE-10 identifica la discapacidad intelectual como retraso mental y la define como:

Trastorno de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que se atribuyen al nivel global de la inteligencia, por ejemplo las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin alteración mental o física. (pp. 356).

En el diagnóstico definitivo, los grados de retraso mental se deben estimar a través de pruebas de inteligencia estandarizados, pueden complementarse con escalas que evalúan la adaptación social en un medio ambiente determinado, ambas puntuaciones brindaran una aproximación del grado de discapacidad en la persona (OMS, 1992). Las habilidades intelectuales y de adaptación social pueden cambiar con el tiempo y, aunque sean pobres, pueden mejorarse como resultado del adiestramiento y la rehabilitación, de ahí la relevancia de un diagnostico basado en el funcionamiento actual y real de la persona con discapacidad.

De manera general, el CIE-10 presenta una descripción fiable para su uso clínico internacional, en el ámbito psicológico es útil por las expectativas funcionales para las personas con discapacidad intelectual según el nivel de gravedad; aunque se debe tomar como guía orientativa por los problemas de validez transcultural, su lenguaje es estigmatizador, marca sólo la opción evaluar la conducta adaptativa y las expectativas funcionales pueden ser escasas para la discapacidad intelectual severa y profunda, lo puede influenciar el diagnostico y alimentar la idea de limite de desarrollo en la discapacidad severa y profunda (Solloa, 2001; AAMR, 2004).

Clasificación Internacional de Funcionamiento de Salud y Discapacidad

La CIF (OMS, 2001) representa un modelo conceptual, que establece la concepción del funcionamiento, la discapacidad y la salud, con relación a dominios en funciones orgánicas, actividades, participación y ambientales-personales (Crespo, Campo y Verdugo, 2003). Es decir, se afirma que el funcionamiento de todo humano -con o sin discapacidad- es resultado de la interacción entre la persona misma, los factores ambientales y sus atribuciones personales.

El sistema, está ligado al CIE-10 y su concepto de retraso mental “paro del desarrollo mental, caracterizado por insuficiencia de las facultades que determinan el nivel global de inteligencia” (OMS, 1992, p. 9), con la diferencia de que la CIF lo ve como discapacidad mental y la identifica como “incapacidades o limitaciones en la actividad diaria, o restricción en la participación” (OMS, 2006, p. 25). Donde la discapacidad hace referencia a la percepción de las personas sobre su vida, entorno, necesidades y limitaciones (Bertolote y Sartorius, 1996, en OMS 2006).

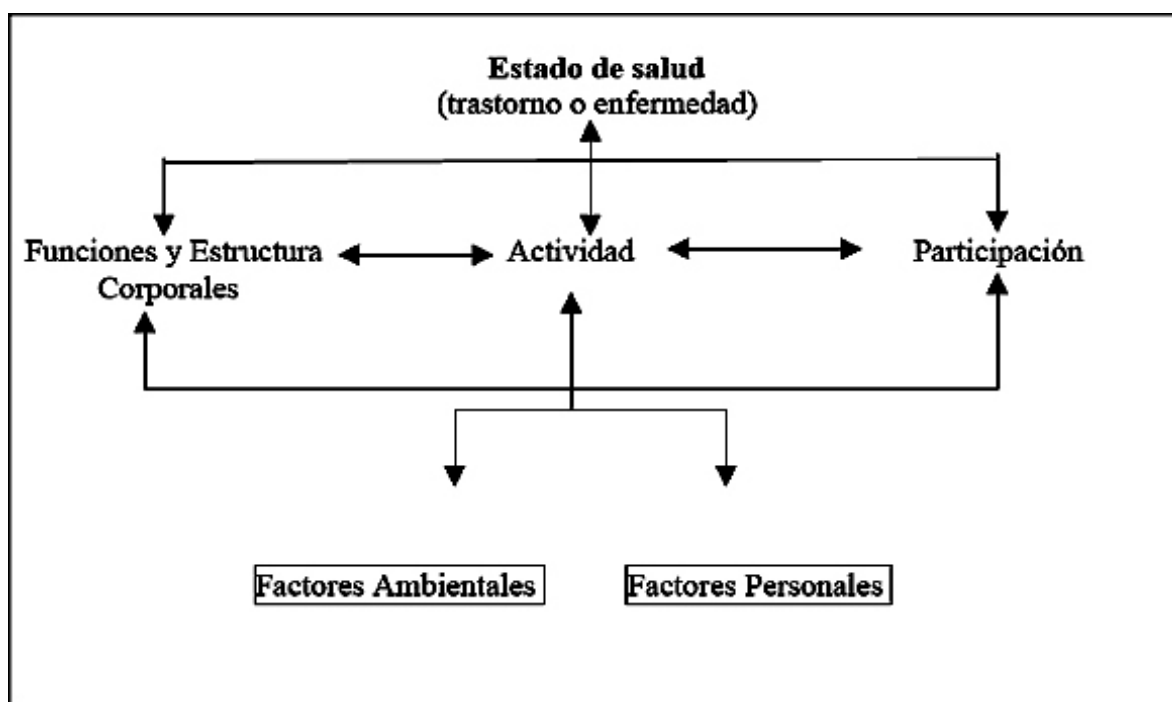


Figura 1.2. Funcionamiento humano y discapacidad CIF (OMS, 2001).

Tomado de OMS (2001, p. 16)

Como puede observarse en la Figura 1.2., ilustra el modelo de funcionamiento humano, propuesto por la OMS, donde se entiende el funcionamiento humano como un proceso interactivo entre la persona y el ambiente; la discapacidad como problemas de funcionamiento de la persona; la etiología la relaciona a condiciones de salud y factores contextuales, ambientales y personales. Es decir, el modelo de la CIF visualiza el funcionamiento de personas con o sin discapacidad, desde tres dimensiones, el cuerpo, la persona y la sociedad (AAMR, 2004).

La CIF (OMS, 2001) marca dominios corporales, individuales y sociales al funcionamiento en actividades y participación, por lo que la discapacidad se asocia a limitaciones en actividades y restricción en la participación, todo desde la influencia positiva-negativa de factores ambientales y personales. El CIE-10 da el diagnóstico y la CIF el perfil de funcionamiento, que en suma hace una visión real del estado de la persona con discapacidad (Crespo, Campo y Verdugo, 2003).

Tabla 1.5. Clasificación Internacional del Funcionamiento (OMS, 2001).

| Funcionamiento y discapacidad | | | Factores contextuales | |
|--------------------------------------|--|--|---|--|
| Funciones estructurales y corporales | Actividad/participación | | Factores ambientales | Factores personales |
| 1. Dominios | 1. funciones corporales 2. partes del cuerpo | 1. Áreas vitales (tareas y acciones) | Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad | Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad |
| 2. Constructo | 1. Cambios de las funciones del cuerpo 2. Cambios de la estructura del cuerpo | 1. Capacidad ejecución de áreas en entorno uniforme 2. Desempeño/ realización Ejecución de tareas entorno real | El impacto de los elementos facilitadores y barreras del mundo físico, social y actitudinal | El impacto de los atributos de las personas |
| Funcionamiento y discapacidad | | | Factores contextuales | |
| | Funciones estructurales y corporales | Actividades de participación | Factores ambientales | Factores personales |
| 3. Aspectos positivos | Integridad funcional y estructural | | Facilitadores | No aplicable |
| 4. Aspectos negativos | Deficiencia | Limitaciones en la actividad Restricciones en la participación | Barreiras/obstáculos | No aplicable |
| | | Discapacidad | | |

Tomado de OMS (2001, p. 9).

El perfil de la CIF (OMS, 2001) se integra de diversos componentes, los cuales explican la relación entre la discapacidad y el funcionamiento:

Funciones corporales: funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluye funciones psicológicas.

Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Discapacidad: problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Actividad: desempeño o realización de una tarea por parte de una persona.

Participación: acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la actividad: dificultades que una persona puede tener en el desempeño o realización de las actividades.

Restricciones en la participación: problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

Cabe resaltar, que la CIF (OMS, 2001) hace referencia a los criterios de la discapacidad intelectual, las limitaciones intelectuales corresponden a las funciones corporales b118 (funciones intelectuales), las habilidades adaptativas corresponden a los dominios en áreas vitales (aprendizaje y aplicación de conocimientos, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, cuidado personal, vida domestica, interacciones interpersonales, áreas principales de vida comunitaria, cívica y social) y la indicación de su aparición a lo largo del desarrollo por causas patológicas y ambientales (Crespo, Campo y Verdugo, 2003).

Es un modelo que permite patrones y direcciones muy diferentes en las interacciones, esto es un aspecto importante en la concepción de la discapacidad intelectual, dado que las limitaciones deben explicarse por la presencia de una deficiencia primaria en funciones fisiológicas, psicológicas y sociales; los apoyos como influencias en el estado de funcionamiento de una persona, en si las limitaciones y facilitadores marcan la naturaleza de la discapacidad. Además puede extenderse a la perspectiva médica, social y ambiental, es un instrumento conceptual para la comprensión de la discapacidad que brinda un lenguaje común sobre la discapacidad entre profesionales de diferente formación y permite una comparación estadística de los tipos de discapacidad entre países (AAMR, 2004).

Referente pedagógico

Fierro (1990), indica que cuando se intenta sacar algo importante de un constructo social en torno a la discapacidad, lo más relevante es con relación al derecho y tipo de educación de las personas con discapacidad. En este sentido, actualmente se pueden identificar dos enfoques educativos, el enfoque funcional, centrado en el funcionamiento adaptativo y el enfoque cognitivo, que busca el orden de construcción, desde el análisis de la psicología cognitiva.

El sistema de clasificación pedagógico, conceptualiza la discapacidad intelectual como retraso mental y sus respectivos niveles (Retraso Mental Educable [RME], Retraso Mental Entrenable [RMA], Retraso Mental Severo [RMS] y Retraso Mental Profundo [RMP]), identifica las características de desarrollo y las posibilidades de aprendizajes. Es decir, se identifica al alumno con discapacidad intelectual con un mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tienen Necesidades Educativas Especiales (Bautista y Paradas, 1993).

Tabla 1.6. Clasificación educativa del Retraso Mental

| Nivel | Siglas | CI Pronóstico educativo |
|--|---------|--|
| Retraso Mental Educable | RME | 50 / 55 – 70 / 45, lectura, escritura y cálculo. |
| Retraso Mental Entrenable | RMA | 25 / 35 – 50 / 55, autocuidado, ajuste persona y social. |
| Retraso Mental Severo/ Retraso Mental Profundo | FMS/RMP | 35 y <, autocuidado, supervisión constante |

Tomado de Castañedo (2001, p. 78).

NOTA: Las abreviaturas entre RMT y RMA son para diferenciar entre el tipo de enseñanza, el RMA atribuye a que un alumno puede ser adiestrable.

El sistema al hacer una síntesis del desarrollo y educación, da indicadores sobre lo que la persona con discapacidad intelectual puede aprender, según el grado de la discapacidad, por dicha razón, el modelo realza que la educación debe estar destinada a preparar para la vida y lograr calidad de vida (Benavente, 1991; Castañedo, 2001; Madrid, 1992; García, 1999). La educación debe basarse en métodos especiales, para lograr el máximo desarrollo en esferas cognitivas, sensoriales, psicomotora, lenguaje, afectiva, social y aprendizajes (Meece, 2000).

En este sentido Madrid (1992) indicó que en la educación de las personas con discapacidad intelectual se debe: adecuar los objetivos y contenidos a la capacidad de los alumnos; secuenciar y graduar los contenidos en función de la dificultad y nivel madurativo del alumno; las actividades deben ser un conjunto de conductas observables, para identificar el logro de contenidos y objetivos; y la evaluación del aprendizaje debe ser un proceso continuo. Enfatiza en que la preparación para el trabajo y la sociedad en personas con discapacidad intelectual ha de iniciarse tempranamente, de ser posible en los primeros niveles educativos.

A nivel académico, se sobreentiende que a pesar de la individualidad y necesidades entre los alumnos con discapacidad intelectual, la gran mayoría pueden tener acceso a los contenidos y objetivos curriculares ordinarios (Browder y Spooner, 2006; Wehmeyer y otros, citados en Giné y Fot, 2007), ello desde habilidades que permiten la participación a otros aprendizajes y contextos, como lo son las habilidades funcionales, estrategia de aprendizaje autodirigido y autodeterminación, para ello, los maestros deben colaborar con expertos en educación especial, terapeutas de lenguaje, físicos y ocupacionales y especialistas en formación vocacional (Meece, 2000).

La educación preescolar y básica debe enfatizarse en tareas fundamentales como: estimulación y fomento de la motivación al aprendizaje y las actividades con base afectiva, educación sensoriomotriz y psicomotricidad, ejercitación del cuidado de sí mismo y hábitos de higiene, educación rítmica, inicio de la comunicación social y educación verbal elemental. La educación, debe estar dirigida al desarrollo de las potencialidades del alumno con discapacidad intelectual con el fin de que pueda desenvolverse en el mundo y posteriormente acceder a la educación pre-laboral (Bender y Vallettuti, 1981; Bautista y Paradas, 1993; García, 1999).

En la Figura 1.3., se presenta el modelo de preparación sociolaboral de Castañedo (2001) basado en el desarrollo de capacidades propuesta por Kirk y Gallagher (citados en Castañedo, 2001), implica madurez y desarrollo; entrenamiento y educación; aceptación social y vocacional y factores ambientales.

Es una propuesta actual y puede ser una guía de lo que es pertinente enseñar a personas con discapacidad intelectual.

| Nivel | Preescolar | Primaria | Intermedio | Avanzado |
|--|-----------------|---|-----------------------------------|--|
| Edad | Menos de 6 años | 6 a 11 años | 12 a 18 años | Más de 18 años |
| Énfasis instruccional (porcentajes) | 100 | 1. Autocuidado, lectura básica y destrezas de vida independiente | | |
| | 90 | Locomoción | Coordinación | Asegurar asistencia |
| | 80 | Manipulación | Educación física | Noviazgo |
| | 70 | Entrenamiento perceptivo visual | Hábitos de higiene | Gimnasia |
| | 60 | Entrenamiento de los pavitos y estimulación | Integración interpersonal | Vestirse adecuadamente |
| | 50 | Entrenamiento de esfínteres | Entrenamiento en autocuidado | Expresión creativa |
| | 40 | Baño | Entrenamiento perceptual auditivo | Conceptos sencillos de estudios sociales |
| | 30 | Comer | Lectura sencilla | Conceptos sencillos de ciencia |
| | 20 | juego individual | Conceptos | Formación de conceptos |
| | 10 | Números sencillos | Información general | Escritura sencilla |
| 2. Comunicación | | | | |
| 3. Destrezas de socialización y desarrollo de la personalidad | | | | |
| 4. Destrezas vocacionales, recreativas y de ocio | | | | |
| 5. Destrezas vocacionales, recreativas y de ocio | | | | |
| 6. Destrezas vocacionales, recreativas y de ocio | | | | |
| 7. Destrezas vocacionales, recreativas y de ocio | | | | |
| 8. Destrezas vocacionales, recreativas y de ocio | | | | |
| 9. Destrezas vocacionales, recreativas y de ocio | | | | |
| 10. Destrezas vocacionales, recreativas y de ocio | | | | |

Figura 1.3. Propuesta curricular para alumnos con discapacidad intelectual

Tomado de Castañedo (2001, p. 60).

Para Schalock (citado en Grau 1998) las conceptualizaciones marcadas anteriormente como referentes contextuales, son propuestas que han tenido impacto significativo en la valoración y educación de las personas con discapacidad intelectual, son referentes que seguirán repercutiendo en la investigación ya que ayudan a perfilar a la personas con mayor precisión y en consecuencia armar planes de intervención acordes a sus necesidades.

Por ello, Martín-Caro y Otero (1999) y González-Pérez (2003) recomiendan que la educación en personas con discapacidad intelectual relacionen destrezas académicas con tareas cotidianas; fusionen destrezas prácticas para alcanzar el máximo nivel de formación; promociónen destrezas sociales, emocionales, recreativas, laborales y comunitarias, para que actúen de forma correcta en la madurez; integren escuela y comunidad para que se aprendan en ambas; formación pre-laboral u ocupacional desde edades tempranas; uso de lenguaje y comunicación en contextos y actividades determinadas; enseñen actividades de ocio en hogar, escuela y comunidad, así como contenidos de salud y sexualidad.

Finalmente, la AAMR en sus perfiles de apoyos permite diseñar programas para que la persona con discapacidad intelectual, participe en actividades educativas, sociales y recreativas con iguales con o sin discapacidad. Realza que los principales apoyos en el ámbito escolar son las adaptaciones curriculares, para lo que propone mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje mediante: inclusión en clases ordinarias, métodos de enseñanza innovadores, generalización de habilidades en entornos normalizados, enseñanzas integradoras en rutinas funcionales y habilidades laborales y vida independiente (González-Pérez, 2003).

Por su parte Gómez-Palacio (2002) y Meece (2000) complementan indicando, que los adolescentes con discapacidad intelectual necesitan aprender y trabajar en habilidades académicas funcionales (hacer un balance, estado de cuenta, ordenar menú, planear viaje, etc.), habilidades de vida en familia (lavar, preparar alimentos, etc.), cuidado de si mismo (aseo personal, higiene, etc.), comunicación a nivel comprensivo y expresivo y formación pre-laboral.

Etiología, incidencia y prevención

Clasificaciones etiológicas

Las conceptualizaciones expuestas dan una idea sobre las principales causas de la discapacidad intelectual, como las alteraciones genéticas y cromosómicas, traumas durante el parto, infecciones intrauterinas y privación social. Cabe desatacar que las ultimas varían de un país a otro, dependiendo de sus factores socio-políticos, económicos y culturales (Solloa, 2001). Dado que el conocimiento de las causas es útil en el tratamiento y prevención de la discapacidad, es que a continuación se describen tres clasificaciones etiológicas sobre la discapacidad intelectual, su contraste en tasas de incidencia-prevalencia y las medidas de prevención a los tres niveles. Un sistema de clasificación etiológico lo proporciona Sánchez (2001), porque subclasifica según el tipo de discapacidad (Figura 1.4.).

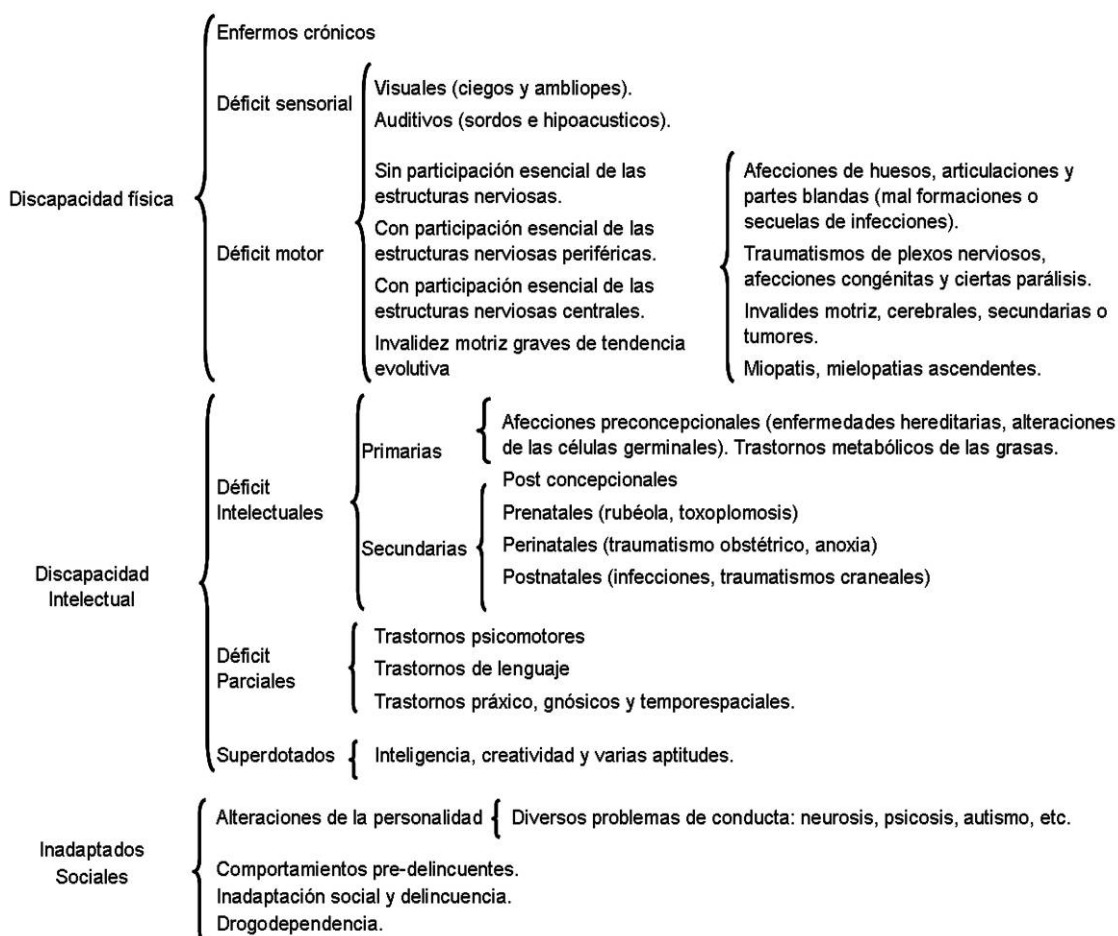


Figura 1.4. Tipificación de la discapacidad

Tomado de Sánchez (2001, p. 66).

Factores prenatales, perinatales y postnatales

Según la AAMR (2004), Heward (1998), Deutchs (2003); Lachapelle (2004) los factores etiológicos pueden ser de origen *prenatal* (aparecer antes del nacimiento, como los trastornos cromosómicos), *perinatal* (se producen durante el nacimiento o poco después, como los trastornos respiratorios) y *posnatal* (se producen en los primeros meses o años de vida, como la encefalitis). La discapacidad intelectual al ser de origen multifactorial, justifica revisar los diversos factores causales en diferentes etapas de desarrollo (Grau, 1998; Martínez, 1999; Solloa, 2001).

Los factores etiológicos prenatales, se subdividen a su vez en alteraciones cromosómicas, síndromes por deficiencias en metabolismo, infecciones maternas y complicaciones al momento de embarazarse.

- Las alteraciones cromosómicas: se dan por lo general en el proceso de división celular, o bien en el óvulo o espermatozoide tienen ya una composición cromosómica anormal. Las anomalías pueden ser detectadas por la amniocentesis o por pruebas de cariotipo. Dentro de los trastornos más importantes que provocan alteraciones cromosómicas están, según Pauls (citado en Solloa, 2001) y Meece (2002) los siguientes:
 - *Síndrome de Down*. Se relaciona con la discapacidad intelectual leve y moderada, hay varias formas en que se presenta este síndrome: *la trisomía 21*, en la que hay un cromosoma extra en el par 21, el *mosaicismo*, en el que se observan células normales y trisómicas, y por la *traslocación*, en este síndrome se fusiona los cromosomas 21 y 15 resultando 46 a pesar de que en el par 21 hay tres cromosomas.
 - *Síndrome de Klinefelter (XXY)*. Se relaciona con la discapacidad intelectual leve, sólo se presenta en hombres (25%), los síntomas aparecen hasta la pubertad cuando los testículos no crecen y los púberes desarrollan características sexuales femeninas.
 - *Síndrome Turner (X)*. Se relaciona poco con la discapacidad intelectual, se presenta sólo en mujeres, durante la pubertad cuando no desarrollan características sexuales femeninas secundarias como vello púbico y busto.
-

-
- Las deficiencias en el metabolismo, surgen cuando dos genes recesivos defectuosos se aparean, o bien por un gen predominante heredado, dando lugar al proceso inadecuado para la reproducción de una enzima, generalmente metabolismo de aminoácidos, grasas o carbohidratos. Meece (2000) y Solloa (2001) indican que entre los principales síndromes relacionados destacan:
 - *Fenilcetonuria*: trastorno genético transmitido por un solo gen dominante en el que se presenta la incapacidad para convertir la fenilalanina a paratiroxina por ausencia de una enzima del hígado, si se detecta desde temprano la discapacidad intelectual se aminora o previene.
 - *Enfermedades de Menkes*: trastorno genético autosómico dominante en el que se detecta un exceso de aminoácidos en la sangre por deficiencia del metabolismo, los niños con este trastorno rara vez sobreviven al primer año.
 - *Mal de Tay Sacks*: se trasmite por genes recesivos se puede detectar antes de los ocho meses, generalmente hay una discapacidad intelectual progresivo y generalmente los niños mueren entre los dos y cuatro años.
 - *Mal de Nieman Pick*: se manifiesta con disturbios gastrointestinales, malnutrición y parálisis progresiva, se relaciona bajamente con la discapacidad intelectual, pero la muerte sobreviene alrededor de los cuatro años.
 - *Galactosemia*: se asocia a una incapacidad para convertir la galactosa en glucosa debido a la ausencia de una enzima en el hígado y los glóbulos rojos. La discapacidad intelectual se previene con una dieta baja en galactosa hasta la edad escolar, de lo contrario se aunara insuficiencia hepática y convulsiones.
 - *Cretinismo*: se debe a una deficiencia en el funcionamiento de la tiroides (hipotiroidismo), que si no es tratado a tiempo produce discapacidad intelectual, es atribuido a la falta de yodo durante el embarazó, el extractó de tiroides ayuda al desarrollo relativamente normal.

En la gestación también pueden presentarse anomalías como la *anencefalea*, *microcefalia*, *hidrocefalia* y *agenesis* del cuerpo calloso que no tienen causas determinadas. El *Síndrome de Prader Willi* es una alteración que se produce en el embarazo, se caracteriza por la diabetes, hipocondría, obesidad y corta estatura, tampoco se conocen las causas del trastorno (Meece, 2000; Solloa, 2001).

-
- Entre las infecciones maternas destacan, la *Rubéola*, la gravedad depende del momento de gestación, durante los primeros meses el riesgo es muy alto y en los últimos casi no hay peligro, las consecuencias son discapacidad intelectual, microcefalia o anormalidades físicas como ceguera o sordera; y *Toxoplasmosis*, infección causada por un protozoo que afecta al cordero, gato y cerdo, se adquiere por contacto con quistes, transmisión placentaria, transfusión de sangre, trasplante de órganos o contacto con heces fecales de los gatos. La madre infectada transmite vía placentaria lo que puede ocasionar abortos continuos, nacimientos prematuros o secuelas como discapacidad intelectual, retraso psicomotor y anomalías sensoriales (Meece, 2000; Solloa, 2001).
 - Entre las complicaciones durante el embarazo están: *Toxemia gravídica o eclampsia*, alteración en la sangre que provocan el aumento de albúmina; el *Factor Rh*, la madre es Rh negativo y el bebé Rh, la madre generará anticuerpos en su organismo que afectaran al producto del siguiente embarazo, se previene con una vacuna después del parto. Así como *desnutrición* y *diabetes materna* (Meece, 2000; Solloa., 2001).

Los factores perinatales, en el nacimiento es un evento decisivo para la salud del bebé; dentro de los factores relacionados con la discapacidad intelectual que se encuentra alrededor del parto se encuentran: prematuridad (peso menor a 1500 g.), anoxia e hipoxia, sufrimiento fetal, hiperbilirrubinemia, hemorragias intracraneanas y desproporción céfalo-pélvica (da lugar a un parto largo y uso de fórceps). Los factores postnatales, abarcan una gran variedad, los cuales pueden provocar discapacidad intelectual en un niño sano, Meece (2000) y Solloa (2001) indican que dentro de estos lo más comunes son:

- Infecciones. *Meningitis*: proceso inflamatorio de la meninges debido a un virus o bacteria, o como consecuencia de fiebre muy alta, insolaciones, traumatismos o intoxicaciones medicamentosas, la más grave es meningitis cerebro-espinal. *Encefalitis*: inflamación del cerebro por virus meningocócico que ataca al sistema nervioso central ocasionando lesiones inflamatorias y degenerativa, una de las secuelas puede ser discapacidad intelectual; traumatismo craneo-encefálicos, anoxia y epilepsia.
-

Factores biológicos-orgánicos y factores ambientales

La discapacidad intelectual de etiología orgánica suele oscilar entre los niveles moderado y profundo, existiendo una correlación alta entre el nivel intelectual y el retraso biológico (Heward, 1998, Deutchs, 2003; Lachapelle, 2004). Los principales factores de acuerdo con el DSM-IV-TR (2000) son los siguientes:

Herencia. Representa el 5% de las causas de la discapacidad intelectual, estos factores incluye errores innatos de metabolismo causados por genes recesivos autonómicos, anomalías de un gen y alteraciones cromosómicas (e.g. Síndrome de Down por traslocación).

Alteraciones tempranas de desarrollo. Representan aproximadamente el 30% de las causas de discapacidad intelectual, dentro de estas causas incluyen las ocasionadas por las toxinas durante el desarrollo prenatal y son debidas a infecciones o consumo materno de alcohol.

Influencias ambientales: factores relacionados con la privación cultural, social, lingüística y falta estimulación.

Problemas de embarazo. Representa aproximadamente el 10% de las causas de la discapacidad intelectual, se incluyen la malnutrición fetal, una dieta deficiente puede producir daño cerebral; la prematuridad está asociada discapacidad; las infecciones víricas afectan al feto en desarrollo y causan anomalías permanentes (e.g. sífilis y toxoplasmosis) y traumatismos, producen lesiones en el cerebro por complicaciones en el parto.

Enfermedades médicas. Representa el 5% aproximadamente, esos factores incluyen las infecciones por microorganismo, que si afectan al niño en el nacimiento, puede ocasionar daño cerebral. Las dos más conocidas son la meningitis y encefalitis, otro factor común importante son los traumatismos, craneales por maltrato infantil.

Influencias de trastornos mentales. Estos factores incluyen trastornos mentales graves que asociados a condiciones de privación de crianza y de estimulación social, lingüística o de otro tipo, pueden conducir a una discapacidad intelectual, es el caso del trastorno autista y otros TGD.

La discapacidad intelectual de etiología ambiental, suele asociarse a privación psicológica, social y lingüística. La hipótesis de la “deprivación sociocultural” (Deutchs, citado en González-Pérez, 2003) sostiene que las deficiencias cognitivas y verbales que presentan las minorías raciales y los sectores sociales empobrecidos tienen su origen en los déficits ambientales durante la infancia. La marginación, la pobreza y las circunstancias que la acompañan como la mala salud, deficiente crianza infantil, falta de estímulos y sensación de desamparo, son las principales causas de déficits cognitivos y de bajo rendimiento escolar.

En éstos casos, varias Investigaciones confirman que la discapacidad intelectual es una progresión intergeneracional en la que las deficiencias de estimulación social y educativa se transmiten durante la infancia a los niños que proceden de entornos con status socioeconómicos desfavorecidos (Greenwood, Hart, Walter y Rysley, citados en González-Pérez, 2003). En suma, los factores que determinan la discapacidad intelectual de origen ambiental o psicosocial son: escasos cuidados de los progenitores, que ocasiona bajo vocabulario, prácticas educativas que generan pocos hábitos de estudio, bajo nivel de rendimiento escolar, fracaso y abandono precoz y repetición del mismo patrón en la generación siguiente (Heward, 1998, Deutchs, 2003; Lachapelle, 2004).

Clasificación Multifactorial

La AAMR (2004) indica que la naturaleza etiológica de la discapacidad intelectual es múltiple, se han llegado a identificar más de 250 causas que la originan, siendo principalmente factores biológicos-orgánicos o ambientales-psicosociales. Actualmente, los factores de la discapacidad intelectual se agrupan desde una perspectiva multifactorial, con cuatro categorías de factores de riesgo: biomédicos, sociales, conductuales y educativas (Bermejo y Verdugo, 1998; González-Pérez, 2003). En suma, la lista de factores causales de la discapacidad intelectual se visualizan en dos direcciones, primeramente por tipos de factores y segundo por el momento de aparición (Casa, Domínguez y Martínez, 2001). Los tipos de factores casuales de la discapacidad intelectual se amplían en cuatro grandes grupos:

- *Biomédicos*: factores relacionados con procesos biológicos, trastornos genéticos o nutrición.
- *Sociales*: factores relacionados con la interacción familiar y social.
- *Conductuales*: factores relacionados con conductas consideradas causantes de discapacidades, como actividades peligrosas, consumo de sustancias tóxicas, etc.
- *Educativos*: factores relacionados con la existencia de apoyos educativos para provocar el desarrollo mental y el desarrollo de habilidades adaptativas.

La segunda dirección describe el momento de aparición de los factores causales, en función de si éstos afectan a los padres de la persona, a la propia persona o a ambos. Este aspecto de la causalidad es denominado intergeneracional para describir la influencia de factores existentes en una generación sobre la siguiente, pero subrayando que son influencias evitables y reversibles en entornos adversos.

Cómo se puede observar, todos los sistemas de clasificación etiológica: desarrollo, biológico-ambientales y multifactorial, son agrupaciones relevantes, porque sus conceptos tienen importantes implicaciones en la prevención de la discapacidad a sus tres niveles: primaria (antes de la aparición y lo impiden), secundaria (acortan la duración o invierte problemas existentes) y terciaria (limitan las consecuencias negativas de un problema y mejoren el nivel de funcionamiento de una persona) de la discapacidad intelectual (Casa, Domínguez y Martínez, 2001).

Aunque como indican Deutchs (2003), Heward (1998), Casa, Domínguez y Martínez, (2001) y Lachapelle (2004) aún queda mucho por aprender, se ignoran entre un 40% y un 50% de las causas. Los autores realzan el beneficio de la clasificación multifactorial a la hora de diagnosticar las causas de la discapacidad, lo que implica el estudio de las mismas. Actualmente autores como Ardilla, Roselli y Matute (2005) reconocen varios factores, sin embargo destacan que los factores de orden familiar son los que más se observan en niños y adolescentes educados en medios culturalmente deficientes. La relevancia destaca en su identificación hasta en un 75% de la población con discapacidad intelectual.

Prevalencia e incidencia

Con relación al problema de conocer todas las causas de la discapacidad intelectual, dado sus múltiples factores que interactúan de forma compleja. Es decir, al tratar de identificar la causa de la discapacidad intelectual, se presenta la influencia de más de una causa (socioeconómicos, ambientales, lesiones, infecciones, toxinas y biológicas) y su línea divisoria es poco clara (Deutchs, 2003), tal efecto repercute de manera significativa en los cálculos estadísticos sobre las personas con discapacidad con relación al número, causa, incidencia y prevalencia.

Se estima que el 1% de la población mundial tiene un grado importante de discapacidad intelectual (es decir, aproximadamente 70 millones de personas sufren discapacidad intelectual severa o profunda), mientras que las formas leves y moderadas se calcula que ocurren en un 3%, la suma, de ambas da una cifra asombrosamente enorme (Wiesner, 2004). En suma la discapacidad intelectual, afecta al 4% de la población mundial, una cifra verdaderamente exorbitante y vergonzosa que exige reducción. En México se estima que de los 5'000,00 de personas con discapacidad intelectual, el 53.8% la adquirió al momento de nacer; el 20% por edad avanzada y el 17.8% en accidentes, además se reconoce no conocimiento del 8.4%, lo anterior marca la discrepancia entre los indicadores y evidencia su afección en los resultados de incidencia y prevalencia de la discapacidad.

Se reconocen que la prevalencia de la discapacidad intelectual está afectada por variables de género, nivel socioeconómico, edad y psicosociales, dado que la discapacidad afecta en un 60% más a varones que a mujeres, hay significancia de discapacidad en grupos económicos bajos, por factores psicosociales de nivel educativo, condiciones de higiene deficientes, malnutrición, etc. (Ardilla, Roselli y Matute, 2005), finalmente, la discapacidad severa se identifica a edades tempranas, por ello su prevalencia en la infancia y su disminución después por la alta tasa de mortandad; la discapacidad leve se identifica durante la edad escolar, por tanto su prevalencia en este período y su disminución en la adultez, cuando las personas con discapacidad logran adaptarse socialmente (Castañedo, 2001; Solloa, 2001).

Ante la situación, Deutchs (2003) y Fierro (1990), indican que la incidencia de la discapacidad intelectual en una población dada, es objeto de estimaciones, porque la delimitación es difusa, lo que ocasiona su variedad. Dichos autores, afirman que una cifra ajustada, es del 1% de incidencia a nivel nacional e internacional, por su parte Gómez-Palacio (2002), Heward (1998), Wiesner (2004) y Ardilla, Roselli y Matute (2005) basados en estadísticas internacionales, apoyan la postura de una incidencia del 3%. Fierro (1990) indica que las cifras se consideran abultadas y desorientadas, porque al hablar del 3%, involucra personas que presenta dificultades de aprendizaje. Por su parte Solloa (2001) indica que las cifras del 1% ó el 3% dependen de la edad que se tome de muestra, el tipo de población, etc.

Lo único que queda claro es que la discapacidad por factores ambientales o psicosociales se calcula una correspondencia entre el 60% y 70% de toda la población con discapacidad intelectual, mientras que el porcentaje restante corresponde a factores biomédicos, esto es atribuible a que la sintomatología es más palpable en ciertos ambientes sociales, los diagnósticos son solicitados en instituciones-escuelas y la etiológica de factores genéticos y sus respectivas secuelas son por experiencias vitales precarias (Castañedo, 1999, 2001).

En suma, la APAC, CONFE, NEGI, SEP, SSA y DIF (2001) están favor del estudio de la incidencia y prevalencia de la discapacidad intelectual, indican que es socialmente útil para predecir la cantidad de personas que necesitan recibir servicios especiales (médicos, educativos y sociales) y planear estrategias de medidas preventiva, la identificación del número de personas con discapacidad intelectual, ayuda a anticipar los recursos humanos e institucionales necesarios en un contexto social-geográfico determinado. De ahí que lo programas preventivos organicen experiencias precoces y apoyen el soporte de desarrollo intelectual, emocional y social, así como protección a posibles traumas físicos y psicológicos en personas con y sin discapacidad (Castañedo, 1999). La discapacidad es un problema social que necesita atención profesional que fomente el desarrollo integral de las personas que la presentan (Ardilla, Roselli y Matute, 2005).

Medidas preventivas

Los conocimientos adquiridos en las investigaciones epidemiológicas de la discapacidad y la discapacidad intelectual, se relacionan con las medidas y acciones de prevención (Fierro, 1990). Autores como, Heward, (1998), Grau (1998), Gómez-Palacio (2002), Deutchs (2003), instituciones públicas (INEGI, y DIF) y ONG, concuerdan en que las medidas preventivas, deben ser clasificación según el momento y su función (primaria, secundaria y terciaria). Es por ello, que desde años atrás las líneas de acción se abordan desde estos tres momentos, con la finalidad de realizar acciones de prevenciones de aparición, disminución de problemática y mejora de vida en las personas con discapacidad intelectual.

Tabla 1.7. Tipos de prevención en la discapacidad intelectual

| Tipo | Significado y medidas |
|-------------|--|
| Primaria | Fierro (1990) indica que la prevención primaria, son las acciones antes de la aparición y que impiden que aparezca. Sánchez (2001), nos maneja que busca disminuir la tasa de casos de discapacidad de una población durante un periodo de tiempo, actuando sobre las circunstancias para impedir dicha discapacidad se produzca. La prevención se lleva a cabo antes de que los factores hayan actuado y protege a todos los miembros de la comunidad. Castañedo (2001) la define con una prevención total de la discapacidad intelectual, donde la tarea son meramente del sector médico. |
| Secundaria | Fierro (1990) indica que son las acciones que disminuyen o eliminan el problema, en este caso la discapacidad intelectual. Sánchez (2001) indica que tiene como finalidad de la reducción de la tasa de trastornos, disminuyendo su prevalencia. La prevención actúa cuando ya se ha detectado el trastorno o cuando el factor de riesgo no se puede eliminar. Es una prevención selectiva, se dirige a un grupo particular y pretende evitar el deterioro progresivo como consecuencia de la interacción entre factores que lo produjeron y los factores que podrían incrementarlo. Castañedo (2001) la identifica bajo las características anteriores, pero con el nombre de Reversión de la discapacidad intelectual. |
| Terciaria | Fierro (1990) indica que son las acciones que limitan las consecuencias negativas y mejoran el nivel de funcionamiento (rehabilitación y educación). Sánchez (2001) indica que su finalidad es reducir la tasa de trastornos en una comunidad, desarrollando programas de rehabilitación de personas que ya padecen el trastorno. Se dirigen a remediar los efectos de los trastornos cuando éste está plenamente desarrollado y no se ha recibido intervención. Castañedo (2001) indica las características anteriores, lo visualiza bajo el nombre de Amelioración e indica que tienen mayor énfasis en el área conductual en personas con discapacidad intelectual leve y moderada. |

Elaborado a partir de Fierro (1990); Castañedo (1999, 2001) y Sánchez (2001).

Fierro (1990), Sánchez (2001) y Deutchs (2003).indican que la prevención ha de considerar aquellos niños que se considera con grandes posibilidades de mostrar problema en el desarrollo, como por ejemplo bebés y niños en edad escolar que por las condiciones que rodean su nacimiento, su desarrollo o ambiente, se espera que presenten problemas (Heward, 1998). No se debe esperar a que se produzca la demanda para intervenir, se debe adelantar incluso a la aparición del problema, porque el tipo de prevención en la discapacidad intelectual dependerá del conocimiento de las causas y su influencia en el desarrollo (Grau, 1998).

Martínez (1999) por su parte, hace reflexión importante con relación al problema, menciona la importancia de conocer los datos relacionados con la discapacidad intelectual para marcar su prevención. Indica que antes de formar una familia, se debe ser reflexivo de los riesgos de discapacidad intelectual que pueden ocurrir en la formación y nacimiento de un bebé. Afirma que “de ninguna manera debemos responsabilizar a Dios, la sociedad o los medios de comunicación, de nuestra ignorancia. Es nuestra obligación informarnos para prevenir o actuar ante un caso de discapacidad física o intelectual” (p. 36). Por lo que es necesario estar en constante revisión médica, para una detección e intervención a tiempo.

Castañedo (2001) manifiesta no dejar de lado la prevención de la discapacidad intelectual por factores psicosociales, dado que las causas biológicas son sólo del 10% al 30%. y el resto están asociadas a factores psicosociales y contribuyen a un bajo rendimiento intelectual y de adaptación. Es decir, se idéntica una asociación entre la discapacidad intelectual y las condiciones adversas que presentan los hogares de bajo nivel socioeconómico, el clima del hogar adverso, prácticas inadecuadas de crianza, etc. lo que indica claramente la implementación de medidas preventivas y correctivas (Coulter, 1996, citado en Deutchs, 2003). Finalmente, si se saben las causas primarias y secundarias de la discapacidad intelectual en una persona, los efectos negativos en las habilidades cognitivas y adaptativas se puede corregir (mayor reversibilidad en habilidades adaptativas que intelectuales) mediante estrategias de intervención acordes a cada persona.

Grau (1998) indica que la prevención de la discapacidad intelectual a de llevarse con relación a la siguientes medidas: en el periodo pre-concepcional, se ha de tener en cuenta la edad de la madre, planificación familiar, reconocimiento de la situación de riesgo y consejo genético; en el periodo prenatal, a partir de las 12 a 16 semanas de gestación se deben realizar estudios fetales, cromosómicos, bioquímicas y de visualización, así mismos el seguimiento de gestaciones de riesgo; en el periodo perinatal se debe tener en cuenta la asistencia del recién nacido, examen físico y pruebas de *screening* neonatal, finalmente en el periodo postnatal se debe evitar la malnutrición, las infecciones y la deprivación cultural.

Tabla 1.8. Factores de riesgo y actividades preventivas

| Categoría de factores | Primaria | | | Secundaria | | Terciaria |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------|---|------|---|
| | Niño | Adolescente | Adulto | Bebés | Niño | Adulto |
| Biomédicos | Test de plomo Nutrición | Nutrición | Cuidado prenatal | <i>Screeving</i> Metabólicos Nutrición Test de plomo | | Cuidado físico Salud mental Prevenir obesidad |
| Sociales | Prevención de violencia domestica | Apoyo familiar | Apoyo emocional y social | Interacción Apoyo familiar Evitar e maltrato | | Inclusión en la comunidad |
| Conductuales | Aceptación | Autocuidado responsable | Evitar a abuso de sustancias | Aceptación del hijo Evitar accidentes | | Ejercicio Actividades de ocio |
| Educativos | Habilidades sociales | Sexualidad | Paternidad | Derivación Intervención temprana Educación especial | | Empleo |

Tomado de AAMR (2004, P. 162)

Finalmente en México la aplicación de la NOM173-SSA1-1998 deriva en actividades necesarias para el desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico de las personas con discapacidad, desde tres tipos de acciones: primer nivel: servicios al usuario, y familia integral, preventivo y rehabilitador; estudios de laboratorio, promoción y educación para la salud e investigación sobre los principales problemas de salud; segundo nivel: atención médica en cirugía, medicina interna, ginecoobstetricia y pediatría en anatomía, laboratorio, anestesiología y radiología; y tercer nivel: acciones de docencia, investigación y formación de recursos humanos; atención médica y rehabilitación integral en discapacidad severa o de difícil diagnóstico.

Desarrollo del niño y adolescente con discapacidad intelectual

Sánchez (2001) indica que cuando se habla del desarrollo, se hace referencia a un desarrollo integral del que forma parte un amplio conjunto de capacidades físicas, biológicas, psíquicas y sociales. El centro del desarrollo radica en los cambios cuantitativos y cualitativos que se producen a través del tiempo. Desde el punto de vista cuantitativo, los efectos del desarrollo son fácilmente medibles como: la estatura, el peso, el volumen torácico, el aumento de vocabulario, capacidades físicas, variables psicofisiológicas y algunos aspectos sociales. Analizar el desarrollo cualitativamente, es una tarea bastante más compleja, debido a su naturaleza poco tangible-observable y en consecuencia medible.

Cabe destacar, que a pesar de contar con taxonomías de desarrollo, no se debe perder de vista la variabilidad individual, dado que la evolución del desarrollo depende de varios factores y circunstancias. Las capacidades no se desarrollan al mismo tiempo y con la misma frecuencia; el desarrollo motor es más rápido en los primeros meses; el lenguaje se desarrolla más rápidamente en la etapa preescolar; el desarrollo del pensamiento lógico y la socialización tiene un mayor avance durante el periodo educativo básico (Meece, 2000; Sánchez, 2001). Heward (1998) indica que la única característica común en las personas con discapacidad intelectual es que evidencian déficit en múltiples áreas de desarrollo. Sailor y Guess (citados en Herward, 1998) mencionan que cada persona, muestra una combinación idiosincrásicas física, intelectual y social diferentes.

Actualmente las nuevas maneras de concebir el desarrollo humano, son mucho más integrales y adecuadas para describir los procesos de desarrollo en diversas áreas, en cada una de ellas se hace patenten y hincapié en la presencia de diversos esquema e ideas fundamentadas en la siguientes consideraciones.

- Los cambios en las personas se producen a lo largo de todo el ciclo vital. Ninguna etapa constituye un realidad psicoevolutiva y social separada.
 - Las causas de los cambios en las personas se deben a influencias biológicas, ambientales y culturales.
-

- El contexto en el que se producen los cambios adquiere una gran importancia cada entorno produce efectos que se articula con los producidos por otros
- Los cambios implican diferentes puntos finales posibles para el desarrollo y siguen trayectorias diversas y variables. Se subraya la plasticidad del desarrollo entre las personas con discapacidad (Martín-caro y Otero, 1999; Meece, 2000).

Ahora bien podemos preguntarnos ¿De qué depende que algunas áreas sean desarrolladas y otras no? al no encontrar una única respuesta y al ser varios los factores que intervienen, resaltan las características del ambiente físico y social, intereses de la persona, la educación-cultura y los patrones de interacción entre la persona y la familia, etc. Por lo que queda justificada la paradoja de personas muy hábiles en algunas áreas y poco aptas para otras; y que el desarrollo normal, acelerado y retardado dependerá de la influencia positiva o negativa de factores físicos-biológicos, ambientales y personales (Guevara, Ortega y Plancarte, 2001).

Finalmente, siguiendo a Donlon y Furton-Bulton (1989) es fácil identificar a personas con discapacidad intelectual porque sus características son evidentes, la problemática radica en las pocas directrices y descripciones con relación al desarrollo de este grupo de personas. La mayoría de los estudios, plantean términos generales, aplicables a grupos específicos de edad y etiología, pero pocas guías para afrontar las necesidades de la persona. Es por ello, que a continuación, se busco describir el desarrollo de las personas con discapacidad intelectual en siete áreas (físico, sensorio-perceptivo, motor, lenguaje, cognitivo, emocional y social) resaltando las principales necesidades en la adolescencia.

En este sentido y como primera primicia, cabe remarcar que cada persona crece y aprende bajo ritmos diferentes, por lo que los bebés, niños, adolescentes y adultos con discapacidad intelectual aprenderán y se desarrollarán muy diferente, en mayor tiempo al promedio y con algunas dificultades en las principales áreas de desarrollo como la corporal, motriz, personal, social, cognitiva, comunicación, personalidad, etc., por lo que es importante respetar la individualidad y principales necesidades de cada persona en las áreas de desarrollo (Gómez-Palacio, 2002).

Físico

Se ha observado que el desarrollo físico, precede desde el desarrollo *céfalo-caudal* ósea de la cabeza a la punta del pie, y *próximo-distal* de lo más cercano a lo más lejano, es decir, las partes centrales de cuerpo tendrán el desarrollo más rápido que las extremidades (Sánchez, 2001). Remplein (citado en Sánchez, 2001) señaló que el desarrollo físico se presenta como proceso de diferenciación de los diversos órganos y sus funciones, que da como resultado el crecimiento general del organismo desde factores endógenos-exógenos que condicionarán la presencia o no de problemas de desarrollo. Los endógenos se relacionan con el sistema neuroendocrino, hormonas de crecimiento, tiroidea, andrógeno y estrógeno, herencia y metabolismo; mientras que los exógenos son relacionados con el medio socioeconómico y factores psicológicos (Sánchez, 2001).

El aspecto físico de las personas con discapacidad intelectual de nivel leve es en verdad igual en aspecto físico a niños y adolescentes de inteligencia media, pero conforme bajamos el nivel de gravedad a moderado, se destacan las diferencias en el aspecto físico, en los niveles grave y profundo las diferencias físicas son más frecuentes y obvias (Gwyn y Hunt, 1988). Los problemas en el desarrollo físico, radican en la presencia de enfermedades crónicas y deficiencias físicas y se apartan de la norma en talla, peso y proporciones (Sánchez, 2001). Gwyn y Hunt (1988) añaden aspectos de apariencia, expresión facial y coordinación en general. Madrid (1992) indica que pueden padecer varios trastornos orgánicos.

Finalmente, Quiroga (citado en Bautista y Paradas, 1993) destaca que las características físicas se relacionan con el desarrollo motor deficiente y Schom (2003) indica que en la adolescencia se puede acelerar o estancarse el desarrollo físico y la aparición de los caracteres sexuales secundarios como la menstruación, voz, vello púbico, etc., cabe destacar que son contados los adolescentes con discapacidad intelectual que no pasan por dicha transformación (suelen asociarse a otros trastornos de desarrollo). Como conclusión los problemas de desarrollo físico, se consideraran patológicas, cuando sus diferencias o desviaciones son altas en relación a estándares normales de sexo y edad (Sánchez, 2001).

Sensoperceptivo

La percepción es un proceso mediante el cual el niño obtiene información del entorno, todos los sentidos son canales perceptivos mediante los cuales la persona interioriza los diferentes objetos y su posición. Desde la primera infancia, se comienza aprendiendo a conocer a las personas, objetos, lugares y personas mediante los sentidos, posteriormente la funcionalidad de la percepción al realizar semejanzas y diferencias, clasificaciones y ordenaciones (Sánchez, 2001).

El sistema perceptivo visual se desarrolla con rapidez, desde los primeros días de nacimiento, se responde a la luz, cambios luminosos, seguimiento de una luz móvil, respuestas a contrastes, etc.; el sistema perceptivo auditivo, tiene sensaciones menos finas, el tensor del tímpano se activa o se afloja ante las ondas sonoras, lo que ayuda a explorar el lugar de procedencia del sonido, así como a reconocer su ritmo, variaciones, etc.; el sistema perceptivo táctil tiene receptores por toda la piel, los cuales ayudan a identificar diversas sensaciones, como presión, temperatura y dolor. El sistema kinestésico, ayuda al conocimiento y la identificación del esquema corporal (Meece, 2000; Sánchez, 2001).

Las personas con discapacidad intelectual presentan las alteraciones en dichos órganos receptores a consecuencia de problemas físicos. Donlon y Furton-Bulton (1989) y Sánchez (2001) asentaron que las limitaciones son visuales por estrabismo, astigmatismo y miopía por falta de mielinización; auditivas por malformaciones en el conducto auditivo y otitis crónicas; táctiles, por pulpejos en dedos, mejillas y labios y corpúsculos de Paccini hiperdesarrollados; gustativas por alteraciones en el encéfalo siendo el nervio glosofaríngeo que inerva la V lingual, kinestésicas por alteraciones de movimiento, desplazamiento y coordinación, cinestésicas alteraciones del dolor y las estereognósticas implican alteraciones táctiles y kinestésicas (Donlon y Furton-Bulton, 1989). Sánchez (2001) indica que el déficit cortical altera el área cerebral, el déficit perceptual provoca trastornos motores y el poscentral perturbaciones en las áreas sensitivas.

En suma, el desarrollo sensoperceptivo (vista, oído, olfato, tacto, gusto, kinestesia, cinestésica y estereognostica) es difícil de estudiarse, por la intensidad e interrelación de las alteraciones sensoperceptivas, por lo que las medidas generalmente deben ser preventivas a nivel secundario y terciario, basadas en entrenamientos intensivos desde el nacimiento y a lo largo del ciclo vital, con la finalidad de compensar los efectos de alteraciones y desarrollar sus potencialidades (Donlon y Furton-Bulton, 1989; Sánchez, 2001).

Motor

Los problemas psicomotores son disfunciones diversas, por lo que es importante, conocer el sistema sensorial y su influencia en el desarrollo motor grueso y fino. El sentido del tacto comprende la relación entre las partes del cuerpo y las respuestas motoras; los sentidos de vista y oído dirigen los movimientos y brindar información sobre el cuerpo y objetos; el sistema perceptivo kinestésico, ayuda a identificación del esquema corporal. Cada uno aporta información al sistema sensorial, que es procesado lo que permite el conocimiento y regular las acciones (Meece, 2000). Ajuriaguerra (citado en Sánchez, 2001) indica que la función motriz es la suma de actividades en el sistema piramidal, que realiza el movimiento voluntario; el sistema extrapiramidal que realiza la motricidad automatizada y el sistema cerebeloso que regula la armonía del equilibrio interno del movimiento.

Sánchez (2001) observa una estrecha relación entre las funciones del movimiento-acción y el desarrollo psíquico en general. La importancia del desarrollo psicomotor, radica en la desaparición de los reflejos primitivos, desarrollo del tono muscular y los diferentes esquemas de movimiento que evolucionan de lo general a lo específico. El niño con discapacidad intelectual no habrá adquirido muchos de estos patrones de movimiento, otros estarán alterados en tono muscular, actitud postural o los esquemas de movimiento se realizarán según un patrón anormal. En este sentido su educación psicomotriz debe tener como objetivo el desarrollo del psiquismo del niño (percepción, razonamiento, estructuración espacio-temporal, relación social, etc.) a través de ejercicios y movimientos (Madrid, 1992).

En las personas con discapacidad intelectual, el sistema sensorial puede estar más activo de lo habitual o funcionar deficientemente, cuando es deficientemente (hiporreactividad) producirse una disminución de la conciencia y atención, mientras que el activo (hiperreactivo) ocasiona resistencia a estímulos y actividades perceptivas, ambos ocasionan problemas de conocimiento del sistema corporal, problemas de posición en el espacio, etc. (Sánchez, 2001).

En lo problemas motores, se deben identificar los problemas asociados como los oculares (miopía, estrabismo, percepción visual, reconocimiento de colores, figuras complejas, figura-fondo, etc.), problemas auditivos, (hipoacusias de transmisión a hipoacusias neurosensoriales bilaterales, problemas de figura- fondo auditivo, etc.), problemas de percepción táctil (alteración de agnosias táctiles, etc.), dado que ello influirá en el reconocimiento de formas y tamaños, esquema corporal, lateralidad, orientación espacial, etc.. En suma, las alteraciones en el sistema sensoperceptivo producen problemas para notar la posición del cuerpo, fuerza de movimientos, equilibrio, reflejos, coordinación, desplazamientos o rapidez en actividades motoras (Ardilla, Roselli y Matute, 2005).

Lenguaje

Sánchez (2001) indica que el lenguaje es producto de una actividad compleja, su finalidad ultima es la comunicación con los semejantes. En su adquisición y desarrollo se han de tener en cuenta la influencia de factores orgánicos (órganos sensoriales y motores donde la audición y el aparato motor fonador tienen la máxima importancia) y factores ambientales, familiares y sociales (Meece, 2000).

González-Pérez (2003) indica que tres teorías proporcionan diferentes explicaciones del lenguaje. La conductista, indica que el lenguaje se aprende a través del condicionamiento operante e imitación; la perspectiva inatista considera que se nace con dispositivos de adquisición de lenguaje, que permite hablar de forma gramáticamente correcta y comprender el lenguaje que se oye; y la teoría integracionista, asocia interacciones con otros y ambientes lingüísticos y sociales.

En este sentido, diversos autores han divergido en la existencia de diferencias cuantitativas y cualitativas en el uso del lenguaje en personas con discapacidad intelectual. Por ejemplo, Lenneberg, Rondal y Carroll (citados en González-Pérez 2003) indican que se pasa por las mismas etapas, la diferencia es que el ritmo de desarrollo es más lento y hay una prevalencia elevada en desordenes de locución y uso del lenguaje. Por su parte, Milgram (Castañedo, 1999, 2001) marca que existe una fuerte conexión entre el desarrollo del lenguaje y el desarrollo cognitivo, dado que se ven afectadas diferentes áreas del cerebro, que a su vez alteran el vocabulario, discriminación auditiva, estructura gramatical y longitud de las frases.

Es decir, el desarrollo del lenguaje en personas con discapacidad intelectual se ve seriamente afectado, destacan el desarrollo pragmático, sintáctico y semántico; el nivel del desarrollo del lenguaje se interrelaciona con el nivel de discapacidad intelectual, a mayor grado de discapacidad mayores son las dificultades para adquirir un vocabulario, construir expresiones, lo que repercute directamente en el uso del lenguaje (Meece, 2000; González-Pérez, 2003).

Tabla 1.9. Desarrollo de lenguaje según el nivel de discapacidad intelectual

| Edad (años) | Niveles de discapacidad intelectual | | | |
|----------------|-------------------------------------|----------------|------------------|-------------------------|
| | Leve | Moderada | Grave | Profunda |
| 3 | Nombres | 4 a 6 palabras | 1 a 2 palabras | Ninguna |
| 6 | 300 palabras | Nombres | 4 a 6 palabras | 1 a 2 palabras |
| 9 | Oraciones | 300 palabras | Nombres y frases | 2 a 6 palabras y gestos |
| 12 | Conversación | Oraciones | 300 palabras | Frases |
| 15 | Conversación | Conversación | Oraciones | Más de 200 palabras |

Tomado de González-Pérez (2003, p. 63)

Por su parte, Edwards y Edwards (citados en Castañedo, 2001), Gómez-Palacio (2002) y González-Pérez (2003) indican que lo que respecta a fenómenos de locución, la mayoría de los desordenes están relacionados con la articulación (errores de sustitución y omisión), ritmo (tartamudear o atropellar las palabras) y desórdenes de la voz (timbre o volumen inferior o superior a lo normal); y en los desordenes de lenguaje son conocimiento deficiente y uso del lenguaje,

incapacidad para la sintaxis, vocabulario limitado y problemas para usar correctamente el lenguaje (González-Pérez, 2003). Milgran (citado en Castañedo, 2001) indica alteraciones en la función lingüística, comprensión, expresión y funcionamiento del lenguaje. Una de las particularidades, es el asincronismo; es decir, producción de un mayor avance en aptitudes comprensivas que en expresivas, debido principalmente a problemas cognitivos.

Beitchman y Peterson (citados en Bauer y Thomas, 2000) sugieren que muchos de los problemas en conducta adaptativa se deben a deficiencias en el lenguaje y uso en las estrategias de comunicación. Por su parte Molina (1999) y Sánchez (2001) marcan que las alteraciones y patologías del lenguaje, pueden ser por causas diversas, como malformaciones de órganos del lenguaje (cuerdas vocales, paladar y lengua), lesiones corticales específicos o problemas de relación, que derivan en dificultades de habla, competencia lingüística y comunicación.

Como puede observarse los principales problemas de lenguaje en la discapacidad intelectual son vocabulario y comprensión, coordinación respiratoria, tiempo de expiración, problemas auditivos, trastornos del ritmo, adquisición de elementos morfológicos y sintácticos, deficiencias semánticas y sintácticas, codificación y comprensión. En cuanto al uso del lenguaje, falta de iniciativa en interacciones verbales y problemas de expresión de necesidades-deseos. Destaca su aprendizaje en sistemas alternativos de comunicación (Madrid, 1992).

Se puede decir que entre el 60% y 80% de las personas con discapacidad intelectual, presentan algún tipo de problemas relacionados con el lenguaje, principalmente los relacionados con aparición tardía, lenguaje concreto, poca expresión, dificultades en organización sintáctica, para relacionar elementos en oraciones y asimilar reglas gramaticales, sin olvidar que los problemas motores glossofaríngeos y las descoordinación muscular llevan a expresión verbal poco fluida, sin ritmo y con tonalidad inadecuada (González-Pérez, 2003).

Cognitivo

El desarrollo cognitivo implica un complejo número de capacidades, como lo es la percepción, atención, memoria, razonamiento, etc., que se pueden agrupar bajo el concepto de pensamiento o inteligencia. El pensamiento se define, en términos de procesos simbólicos, la inteligencia, se entiende como un conjunto de aptitudes (Sánchez, 2001). González-Pérez (2003), indica que dos teorías han intentado explicar el desarrollo cognitivo en la discapacidad intelectual. La teoría evolutiva sostiene que pasan por las mismas etapas de desarrollo más lentamente y no alcanzan el máximo nivel; y la teoría del procesamiento de información indica que presentan déficit específicos, estructurales y control de funciones cognitivas.

De manera específica presentan dificultades en habilidades de atención, aprendizaje significativo, memoria, percepción, discriminación, simbolización, abstracción, razonamiento, metacognición, estrategias cognitivas, potencial y funcionalidad de aprendizajes y en niveles de transferibilidad y generalización (Molina, 1990; Castañedo 2001). Ashman y Slultz (citados en Bauer y Thomas, 2000) indican que hay interrelación entre el grado de desarrollo cognitivo y el nivel de discapacidad intelectual, es decir, entre más severa sea la discapacidad más tiempo y necesitan para interpretar y procesar información, es por ello, que cuando se requiere niveles de pensamiento cognitivo profundo se vuelven lentos.

Sainz y Mayor (citados en Bautista y Paradas, 1993), Molina (1990), Meece (2000) y González-Pérez (2003) refieren que las alteraciones son en memoria, categorización, solución de problemas, estado de alerta, actitudes de iniciativa, expansión de su temperamento, conducta, sociabilidad, mecanismos de correlación, análisis, pensamiento abstracto, lenguaje expresivo, aprendizajes de lecto-escritura y lógico-matemático y conocimiento social. Por su parte Gómez-Palacio (2002) marca seis características en los niños y adolescentes con discapacidad intelectual en el desarrollo cognitivo curva de aprendizaje lento, nivel de aprendizaje concreto, alta curva de olvido, generalización del aprendizaje, aprendizaje incidental y adaptación a los tipos de aprendizaje.

Cabe señalar, que existe la variabilidad entre las personas con discapacidad intelectual, es su capacidad de aprendizaje y procesos cognitivos subyace en el grado de discapacidad (Wicks-Nelson e Israel, 2001, citados en González-Pérez, 2003). Solloa (2001) marca deficiencias en la capacidad de almacenamiento de información, ineficiencia en el proceso de memoria, estrategias de codificación, nivel mental cognoscitivo y en procesos ejecutivos que controlan el pensamiento. Castañedo (1999, 2001) resumen indicando que presentan un impacto en la forma de aprender y ejecución de destrezas básicas. Butterfield y Ferretti (citados en Solloa, 2001), indica que difieren en su base de conocimiento, estrategias, comprensión metacognitiva y en las rutinas ejecutivas.

Cabe destacar, que los problemas de desarrollo intelectual, tienen efectos sobre la persona, en otras áreas humanas, dado que al disminuir los niveles de atención, afecta la exploración, juego y comunicación, es decir, se ven afectados sus niveles de actividad general y la forma de responder al medio físico y social. En suma, la diferencia de desarrollo, se debe a las consecuencias de problemas físicos y bajos patrones de interacción (Guevara, Ortega y Plancarte, 2001).

Emocional

González-Pérez (2003) indica que en el desarrollo personal, las personas se dan cuenta de las características de su conducta y la de otros, posteriormente son conscientes de sus procesos internos, para finalmente comprender y adaptarse a las conductas sociales; es decir, el desarrollo emocional va ligado al autoconcepto, personalidad y procesos afectivos, en este sentido Sánchez (2001) indica que cuando se habla de personalidad, se hace referencia más a funciones afectivas y emotivas que a funciones cognitivas a pesar de su interrelación.

Piaget e Inhelder (citados en Sánchez, 2001) indicaron que el desarrollo en las primeras etapas es la base de la actividad psíquica constructiva. La percepción positiva de uno mismo es crucial para la adaptación global, la baja competencia en personas con discapacidad intelectual esta íntimamente ligada a su produce baja autoestima y problemas de auto-concepto (Germaln, citado en Castañedo, 2001).

Algunas investigaciones han demostrado que cualitativamente las necesidades emocionales de personas con discapacidad intelectual son las mismas que las del niño normal. Mc Lachlan (citado en Castañedo, 1999) indica que el niño tiene: necesidad de reconocimiento, necesidad de alimentar la satisfacción y aceptación; necesidad de estar protegido por un lado y preparado por otro, para afrontar situaciones en relación a sus capacidades; salidas adecuadas de sus tensiones emocionales; ser reconocido como alguien que tiene capacidades, que puede desarrollarse al máximo posible; recibir explicaciones validas sobre sus limitaciones en las diferentes etapa y estar en una familia atenta y protectora.

Solloa (2001) indica que varios autores concuerdan en que los principales problemas en adolescentes con discapacidad intelectual son los siguientes:

- Dificultad para mantener una imagen corporal adaptada a sus cambios físicos.
 - Funcionamiento psicológico inmaduro, deficiencia en el pensamiento abstracto e incapacidad para entender el punto de vista de los demás.
 - Intensidad positiva, dado que se dan cuenta de la brecha entre sus habilidades y lo que espera la sociedad.
 - Aislamiento social implica no contar con grupos de amigos o compañeros, lo que repercute en su identidad y sentido de pertenencia.
 - Limitaciones en el pensamiento abstracto que le imposibilita seguir y mantener relaciones sociales con los coetáneos.
 - La sexualidad es enfrentada como problema central, su desarrollo generalmente se encuentra retardado en aspectos emocionales.
 - Factores atribucionales negativos, debido a la historia de fracaso, disminuyen sus expectativas acerca del futuro exitoso.
 - Generalmente no llegan a ser considerada adultas por su incapacidad para tomar decisiones responsables y dificultades de ajuste laboral, social y sexual.
 - La constancia de problemas de depresión y trastornos psiquiátricos los cuales se agudizan cuando muere alguno de los padres.
-

Fierro (1990) en sus investigaciones, indica que presentan marcada inmadurez evolutiva en su personalidad, dado que son persistentes a tareas y relaciones sentimentales y limitaciones en actos consumatorios (realizar una actividad) y mediaciones para llegar al fin (pertinente curso de acción instrumental encaminado), en suma, no le es fácil adoptar un proyecto de vida. Se pueden encontrar baja autoestima e inestabilidad emocional, las primeras relacionadas con la autoimagen y las emocionales relacionados con los estados de ánimo (Meece, 2000; González-Pérez, 2003).

Molina (1999) realza la importancia de la personalidad, desde un punto de vista psicodinámico, donde los problemas cognitivos son entendidos como una disonancia entre todos los factores que configuran la personalidad. Las manifestaciones de disonancia, son incapacidad para adaptarse a las exigencias y expectativas sociales de los demás, lo implica que las personas de su entorno se acomoden a las necesidades de las personas o bien que se les exija comportamientos acordes a patrones normales. Bauer y Thomas (2000) indican que los niños y adolescentes con discapacidad intelectual presentan más problemas emocionales y de conducta, desajuste aprendido sobre que su conducta y consecuencias son independientes entre si, así como problemas de depresión, autoimagen disminuida y de autoestima en adolescentes.

Social

Morrison, Mcmillan y Kávale (citados en Castañedo, 2001) aportaron que la conducta social es un factor determinante en la identificación y ubicación de personas con discapacidad intelectual, las características personales y sociales operan como un todo, interactúan y son interdependientes, como señala Mead (citada en Castañedo, 2001) en su teoría interacción simbólica, el *self* se desarrolla por la interacción con los otros. Otra explicación es la teoría del aprendizaje social de Rotier (citado en Castañedo, 2001), donde el acercamiento de las personas a aprendizajes y situaciones se explica en relación a historia personal, feedback y refuerzo recibido en relación con éxito/fracaso.

Coffman y Harris (citado en Bauer y Tomas, 2000) dicen que el rechazo a la discapacidad, la fabricación de normalidad (creación de historias en las que se asegura haber tenido experiencias) y el poco crédito que le dan a la causalidad, las personas con discapacidad intelectual, es causa de grandes tensiones en sus interacciones con los demás; además que muestran un “shock de transición” al enfrentarse a escenarios nuevos, donde presentan desorientación generalizada, regresión y tensión emocional, aunado a problemas para interpretar claves de entorno, discrepancias de valor, sensaciones físicas y emocionales de insatisfacción, problemas de ajuste y respuestas emocionales inadecuadas.

Solloa (2001) indica que las características socioemocionales en la adolescencia se caracteriza por ser un periodo difícil, porque se hace patente la permanencia y la irreversibilidad de la discapacidad, junto a crisis sobre la asimilación de los cambios drásticos en su identidad, imagen corporal, sexualidad, relaciones sociales y familiares, etc. Es tarea de los padres explicarle a sus hijos o hijas, la naturaleza de sus dificultades y al mismo tiempo ser su guía para hacerlo autosuficiente y así poder integrarlo en la sociedad en la medida de lo posible.

Greespan (citado en Bauer y Tomas, 2000) indica que las personas con discapacidad intelectual comparten preocupaciones sociales, como: la necesidad de establecer relaciones de filiación, pertenencia, amistad y amorosas; encontrar refugio ante las actitudes negativas, peyorativas y comparaciones sociales desfavorables a través de su propio rechazo a la discapacidad; armonía social al solucionar conflictos y buscar algo de novedad y estimulación.

En suma, es muy positivo que la persona con discapacidad intelectual se relacione a todos los niveles, siempre guiándolos para que sean responsables, ello ayudará a su motivación por salir adelante y hacer respetar su dignidad. Finalmente Molina (1999) realza que el fin último de la educación deber ser el logro de la máxima integración social posible, dado que una de las principales debilidades de las personas con discapacidad intelectual son habilidades sociales, competencia social, intercambios relacionales, toma de conciencia, inadaptación social, etc.

Conductual

En la discapacidad intelectual siempre se ha considerado la existentes de trastornos de conducta, particularmente en niños y adolescentes, tanto por la angustia que les producen a nivel individual, como porque limitan las posibilidades en su proceso personal de integración, además son una fuente de preocupación y estrés en la familia. Siendo principalmente trastornos de hiperactividad, agresividad y conductas disruptivas (Solloa, 2001). Las personas adoptan comportamientos que les alteran a ellos y familiares, por ejemplo hay personas que desarrollan síntomas inadaptados como reacción a las diferentes situaciones expuestas, destacan ansiedad, conducta negativa, hostilidad, relaciones sociales deterioradas, etc., estas conductas se conocen como inadecuadas, porque interfieren en la adaptación positiva de la persona (Castañedo, 1999).

Tabla 1.10. Desarrollo conductual en la discapacidad intelectual

| Categoría | Características |
|-------------------------|---|
| Deficiencia esencial | Poca evidencia de trastorno emocional, lento desarrollo en el aprendizaje y adaptación y baja frecuencia de conductas agresivas. |
| Hipoactividad | Personas emocionalmente aisladas e inaccesibles, poca relación con el medio externo, pocas conductas apropiadas y conducta agresiva. |
| Hiperactividad | Personas con a actividad constante e imprescindible, bajo nivel de atención, conductas inadecuadas y poca relación con el mundo externo. |
| Hipo-hiperactividad | Alto grado de trastorno emocional, se caracteriza por manierismo, conducta estereotipada, posturas corporales, etc. su conducta puede o no tener episodios de autoestimulación. |
| Agresividad-bioactiva | Extrema pasividad y reacción con violenta, baja frecuencia inadaptada, delimitación de territorio y problemas de adaptación y comunicación. |
| Agresividad hiperactiva | Alta frecuencia de conductas inapropiadas, conductas agresivas, baja ejecución de habilidades del cuidado de si mismos. |

Basado en Castañedo (1999, pp. 387-388)

Solloa (2001) por su parte indica que las conductas inapropiadas en las personas con discapacidad intelectual son el resultado de sus experiencias de vida, por lo que como grupo no tienen conductas únicas, aunque es factible hablar de ciertos patrones conductuales asociados a la discapacidad, como son:

- Los déficits cognitivos se relacionan con pensamiento concreto y egocentrismo.
- Los problemas de organicidad se asociaron hiperactividad y distractibilidad.
- La sobreprotección crea dependencia, baja tolerancia a la frustración, problemas de autoconcepto y baja autoestima.
- La baja autoestima es más frecuentemente en niveles límites, porque se dan cuenta que no cumplen con las expectativas parentales y sociales.
- Los sentimientos de inadecuación, inferioridad y ansiedad pueden llevar a las a desarrollar conductas inapropiadas.
- Algunas personas son pasivas-dependientes y otras impulsivas-agresivas.

Fierro (1990) y González-Pérez (2003) asocian el desarrollo emocional, social y conductual al personal, mencionan que en la discapacidad se caracterizar por:

- Expectativas de fracasar en casi todo lo que emprenden.
- Más confianza en otras personas que en sus propias ideas.
- Desamparo, creen que acontecimientos que ocurren están fuera de su control.
- Pobre autoconcepto y baja autoestima, por la imagen que tiene de si mismos.
- Rigidez comportamental, persisten en una tarea determinada.
- Labilidad emocional, los que infiere en la realización de sus tareas.
- Déficits cruciales en las relaciones interpersonales y para su autocontrol.
- Dependencia afectiva y comportamientos infantiles.
- Dificultad para manejar el acto consumatorio y las mediaciones para finalizar.

Como puede observarse, se tiene bases sobre el desarrollo de las personas con discapacidad intelectual, lo que ayuda a identificar necesidades e intervenciones, ya que al presentar déficit cognoscitivo general y dificultades en la adaptación social, se hace evidente la necesidad de educar en habilidades adaptativas, preparación vocacional y vida de adulto (Meece 2000; Ardilla, Roselli y Matute, (2005). Cabe destacar que la discapacidad intelectual no es una identidad única, la variabilidad dependerá de funciones sensoriales, psicomotoras, lingüísticas, cognitivas, emocionales y conductuales de cada persona, lo que indica mejor hablar de persona con discapacidad intelectual (Ardilla, Roselli y Matute, 2005).

Evaluación e intervención de la discapacidad intelectual

Schalock (1999) indica que el tercer impacto importante en la cambiante concepción de la discapacidad es que nos obliga a meditar sobre el papel que desempeñan la inteligencia y la conducta adaptativa en la vida de las personas con discapacidad y, en consecuencia, en su vida diaria. Actualmente se tiende a considerar que la inteligencia y la conducta adaptativa están organizadas de forma multidimensional y jerárquicamente.

La identificación de discapacidad intelectual en una persona, nos obliga a que las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en habilidades adaptativas, sean valoradas mediante técnicas de evaluación estandarizadas y con relación a normas y baremos concernientes a la población general; el desfase tanto en la inteligencia como en las habilidades adaptativas debe ser de dos o más desviaciones estándar por debajo de la norma de manera general o específica, estar afectados los tres niveles de inteligencia y las habilidades adaptativas en general o verse afectadas dos o más habilidades adaptativas (conceptual, práctica y social). La evaluación de ambos criterios, debe ser con relación a lo esperado para su grupo de edad, cultura y contextos inmediatos (AAMR, 2004; García, 2006; Montero, 2005).

Es importante tener especial cuidado en la selección y utilización de estrategias de evaluación, dado que sus resultados condicionarán la intervención. La evaluación y la intervención pueden visualizarse desde múltiples perspectivas, Sánchez (2001) indica que la diversidad radica en que las estrategias de intervención de la discapacidad intelectual se basan en métodos didácticos con influencia de diferentes modelos teóricos-prácticos; por su parte, en las estrategias de evaluación existe un complejo grupo de técnicas para recoger datos; estos van desde los más específicos hasta los que hacen una valoración global; las técnicas evaluativas quedan clasificadas en entrevistas, observación, psicométricas, pruebas proyectivas, psicofisiológicas, curriculares y clínicas, entre otras.

Habilidades intelectuales

La inteligencia se considera una capacidad general que incluye el razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas, rapidez en el aprendizaje y aprendizaje por experiencia (Gorrfredson, citado en AAMR, 2004). Estadísticamente se ubica en categorías de DE (± 15 puntos) y puntuaciones de CI, para la discapacidad intelectual hay cinco niveles: *borderline*, ligera, moderada, severa y profunda, sin embargo se han elaborado tests de inteligencia, con diferentes criterios (Martín-Caro y Otero, 1999; Solloa 2001).

Tabla 1.11. Categorías y niveles de inteligencia de Terman, Binet y Weschler

| Terman | | Binet | | Wechsler | |
|--------|------------------|-------|------------|----------|--------------------|
| CI | Categoría | CI | Categoría | CI | Categoría |
| 80-89 | Torpe | 0-30 | Idiota | 90-109 | Torpe |
| 70-79 | Retraso marginal | 30-50 | Imbécil | 80-89 | Limite |
| 50-69 | Morón | 50-70 | Morón | 70-79 | Deficiencia mental |
| 25-49 | Imbécil | 70-80 | Fronterizo | < 60 | |
| < 25 | Idiota | | | | |

Adaptado de Castañedo (1999, pp. 63 y 64) y Gómez-Palacio (2002, pp. 39)

Todos los niveles de inteligencia se basa en las DE o DT en la curva de distribución normal, la cual se muestra a continuación en la Figura 1.5.

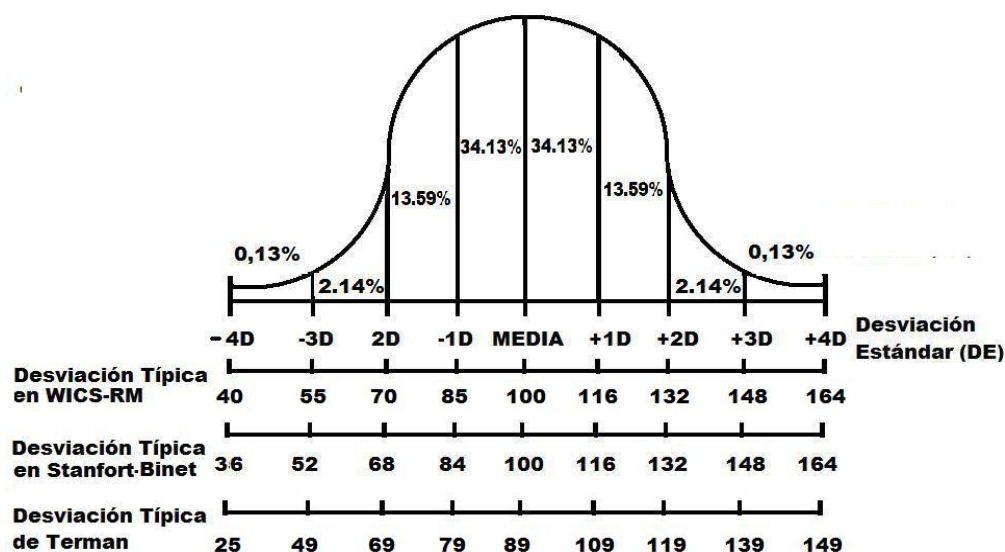


Figura 1.5. Curva de distribución del CI

Adaptado de Castañedo (1999, pp. 63 y 64) y Gómez-Palacio (2002, p. 39).

Nota: Terman (1877-1956) categorizó la inteligencia por selecciones arbitrarias de 10, 20, y 30 puntos de CI; Binet (1857-1911) por puntos de 10 y 20, y Wechsler (1896-1991) respecto los 15 puntos, aunque difiere en las categorías.

La AARM (1997) indicó que es una capacidad mental general para adaptarse y desenvolverse en contextos sociales; que el concepto hace referencia a la competencia personal-social, originada por Thorndike, quien marcó la inteligencia abstracta, mecánica (práctica) y social; y seguida por Guilford quien incluyó dimensiones de inteligencia abstracta, práctica comportamental. En el 2002 la misma organización, indicó la capacidad para comprender el entorno y más recientemente Greenspan (citado en AAMR, 1997) y Schalock (1999) identifican que la inteligencia incluye componentes: prácticos, conceptuales y sociales. En suma, se visualiza como una capacidad general que engloba diversas habilidades.

- Inteligencia conceptual: conocida como inteligencia académica o analítica, es la “capacidad para resolver problemas intelectuales abstractos, usar y comprender procesos simbólicos tales como el lenguaje, incluye el CI y habilidades que demandan las tareas escolares”.
- Inteligencia práctica: incluye manejar el aspecto físico y mecánico de la vida, es “la capacidad para adaptarse con éxito a los distintos entornos y moverse eficazmente al ejercer control sobre sus ambientes”.
- Inteligencia social: implica comprender y manejarse de forma efectiva en acontecimientos sociales, es “la capacidad para actuar en las relaciones humanas, supone la existencia de habilidades interpersonales y sociales apropiadas, como ser empático, reflexivo, responsable, etc.”.

Greenspan y Stenrberg (citados en Grau, 1998, p. 32).

Las limitaciones en el funcionamiento intelectual hacen referencia a un nivel de inteligencia inferior a la media (CI=100 puntos, alteración con dos o más DE por debajo $CI \leq 70$, cada DE es igual a 15 puntos), comprender lo que nos rodea, dar sentido a las cosas y entender qué hacer (APA, 2002; AAMR, 2004). Las limitaciones deben evidenciarse en la aplicación individualizada de uno o más test de inteligencia, apropiados al contexto cultural, lingüístico y social de la persona evaluada. Los datos deben ser contrastados y validados con información obtenida en pruebas adicionales o información de otras técnicas (González-Pérez, 2003).

La AAMR (2004) indica que en las limitaciones en el funcionamiento intelectual, se deben tener en cuenta las siguientes implicaciones: las limitaciones deben considerarse a la luz de las habilidades adaptativas, la participación, interacción y roles sociales, la salud y el contexto; su medición puede tener diferente relevancia, dependiendo del objetivo de la evaluación: diagnóstico, clasificación o perfil de apoyos; la mejor medida son las puntuaciones de CI obtenidos de instrumentos de evaluación; y las limitaciones significativas se han de determinar mediante pruebas estandarizadas, con normas y baremos en población en general.

La APA (2002) recomienda evaluar la inteligencia con el Stanford-Binet y escalas de Wechsler (WPPSI, WICS-R y WAIS); la AAMR (2004) indica el Sistema de Evaluación Cognitivo (Naglieri y Das) y Bateria de Kauffman (K-ABC), en circunstancias especiales indica el uso del Test de Inteligencia de Solosson, la Escala de Bayley de Desarrollo Infantil y el Test Comprensivo de Inteligencia (Hamill, Pearson y Wiederhor). En México la evaluación debe ser aplicada por profesional cualificado por medio de las Escalas de Wechsler (adaptadas y estandarizadas), el Test de la Figura Humana (Goodenough, 1957) y utilizar como guía orientativa la CIF (OMS, 2001), los resultados deben ser complementados con escalas de adaptación para identificar el grado de discapacidad en la persona.

Habilidades adaptativas

La adaptación es uno de los ámbitos de mayor interés, refiere las posibilidades de independencia de las personas con discapacidad en diferentes ámbitos de la vida cotidiana (Grau, 1998; García, 1999, Verdugo, 2003). Las habilidades adaptativas, implican eficiencia individual, maduración, aprendizaje, dependencia personal y responsabilidad social (APAC, 2003; Gómez-Palacio, 2002). Su clasificación, es diferente según la etapa evolutiva: en la infancia, son sensoriomotoras, lenguaje, juego y conductas primarias; durante la niñez, son de la vida diaria, académicas, participación en juegos y actividades sociales; durante la adolescencia y adultez, son laborales y de la vida diaria básicas, instrumentales y ocupacionales (Grau, 1998; Gómez-Palacio, 2002; APAC, 2003).

La conducta adaptativa incluye dos aspectos el grado de funcionamiento de la persona, la capacidad que tienen para mantenerse por si mismo de forma independiente y el grado en que consigue de forma satisfactoria hacer frente a las exigencias personales y sociales impuestas por la cultura (Castañedo 1999). La AAMR (2004, p. 97) las define como “conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria”. Grau (1998) y Schalock (1999) refieren que el constructo depende de expectativas culturales, demandas y situaciones particulares. Grau (1998), Schalock (1999) y Verdugo (2003) las engloban en el marco de competencias incluyendo en cada una las habilidades adaptativas que las componen:

- Habilidades conceptuales: implican la funcionalidad de contenidos académicos son las “capacidades relacionadas con competencias escolares”. Son centrales en habilidades de autodirección, lenguaje, cognitivas, y académicas.
- Habilidades prácticas: implican autoconservación son las “*capacidades de independencia en actividades de vida, incluye aptitudes físicas*” son centrales en habilidades de cuidado personal, trabajo y utilización de la comunidad.
- Habilidades sociales: implican control del comportamiento, son las “*capacidades para actuar adecuadamente y necesarias para el progreso social y relaciones humanas*” son centrales en habilidades de comunicación, trabajo, tiempo libre, vida en el hogar y utilización de la comunidad (Schalock, 1990, p. 15).

Las limitaciones en las habilidades adaptativas hacen referencia a problemas para realizar las actividades necesarias para la autonomía personal y social. Las limitaciones deben ser amplias y evidenciarse en la aplicación individualizada de escalas o inventarios de competencia adaptativa, apropiados al contexto cultural, lingüístico y social de la persona evaluada. Los datos deben ser contrastados con información obtenida en otras técnicas (APA, 2002; AAMR, 2004). En este sentido, González-Pérez (2003) y García (2006) indican que las limitaciones significativas en la conducta adaptativa son definidas con un desempeño de dos desviaciones estándar por debajo de la media en uno de los tres tipos de habilidad adaptativa o bien limitaciones generales en los tres tipos (ver tabla 1.12).

Tabla 1.12. Relación entre competencia y habilidades adaptativas

| Competencia | Habilidades representativas en la definición del 2002 | Habilidades representativas en la definición 1992 |
|-------------|--|--|
| Conceptual | Lenguaje Lectura y escritura Conceptos monetarios Autodirección | Comunicación Académicas funcionales Autodirección Salud y seguridad |
| Practica | Actividades básicas de la vida diaria Actividades instrumentales de vida diaria Habilidades ocupacionales Mantenimiento de entornos seguros | Autocuidado Vida en el hogar Uso de la comunidad Salud y seguridad Trabajo |
| Social | Interpersonal Responsabilidad Autoestima Ingenuidad Seguir reglas y obedecer leyes Evitar victimización | Habilidades sociales Habilidades de ocio y tiempo libre |

Tomado de AAMR (2004, p. 107)

La AAMR (2004) indica que en las limitaciones en las habilidades adaptativas, se deben tener en cuenta las siguientes implicaciones: las limitaciones en conducta adaptativa afectan la vida diaria y la capacidad de responder a demandas ambientales; las limitaciones deben considerarse a la luz de inteligencia, participación, interacción y roles sociales, salud, y contexto; su medición tiene diferente relevancia, dependiendo del objetivo de la evaluación: diagnóstico, clasificación o perfil de apoyos; y las limitaciones se han de determinar por pruebas estandarizadas, con normas y baremos de la población general.

La APA (2002) recomienda evaluar las habilidades adaptativas desde fuentes fiables como la evaluación del maestro, historia médica, evolutiva y académica, así como utilizar diferentes instrumentos; la AAMR (2004) indica su Escala de Conducta Adaptativa (Lambert, Nihira y Leland), Escala de Conducta Adaptativa de Vineland (Sparrow, Balla y Cicchetti) y Escala de Conducta Independiente (Bruncks, Woodcock, Wearherman y Hill); Martínez, Casas y Domingo (2001) indican observación, entrevista a profesional de educación y rehabilitación, programas de enseñanza dirigidos a la discapacidad intelectual y aplicación de inventarios, escalas y protocolos situacionales para profundizar en cada habilidad.

En México la evaluación debe ser realizada por un profesional cualificado y mediante escalas, inventarios o protocolos situacionales, adecuados y validados a poblaciones y contexto Mexicano, como el IHB (Macotela y Romay, 2003), Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas (APAC, 2003), programa de vida independiente (Baker y Brightman, 2002), programas de rehabilitación (Bernal y cols., 1990, 2006) y utilizar como guía orientativa la CIF (2001), los resultados deben identificar claramente el grado de discapacidad en la persona.

Participación, interacción y roles sociales

Los ambientes son entornos específicos en los que una persona vive, aprende, juega, trabaja, se socializa e interactúa. Los ambientes positivos promueven el crecimiento, desarrollo y bienestar. El ambiente cobra gran importancia porque facilitará o limitará la cantidad y calidad de la participación, la interacción y los roles social de las personas con discapacidad intelectual. Es decir, el ambiente será determinante en las posibilidades de participar, interactuar y asumir roles sociales valorados por la comunidad y sociedad.

La importancia de la participación e interacción quedó reflejada por Risley y Cataldo (citados en García, 2006) quienes la definieron como “la dirección y la extensión del compromiso con el ambiente físico y social, un indicador universal de la calidad de entorno de las personas” en roles sociales indicaron “actividades que se consideran normales para su grupo de edad de referencia, (...) asistir a un centro educativo, vivir y trabajar en la comunidad, etc., son actividades a valorar, pues en ellas estas situaciones se roles concretos” (pp. 262).

En este sentido la CIF (OMS, 2001, p. 8) plantea que la actividad y participación, influyen en el funcionamiento de la persona, identifica la actividad como “el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo” y la participación como “acto de involucrarse en una situación vital”. Marca que las limitaciones en la actividad son las dificultades que una persona puede tener en el desempeño ó realización de actividades y las restricciones en la participación son problemas que una persona experimenta al involucrarse en situaciones vitales.

Por su parte la AAMR (2004, p. 309) identifica que la participación e interacción “aluden a cómo la persona participa e interactúa con su ambiente” y por roles sociales “conjunto de actividades normales para un determinado grupo de edad”. Remarca que la participación, interacción y roles sociales pueden tener lugar en entornos de la vivienda, contextos de empleo, educativos, contextos comunitarios, de ocio y tiempo libre y pueden requerir una determinada salud.

En la dimensión el análisis se centra y se dirige a evaluar las interacciones de la persona con los demás y el rol social desempeñado, destacando la importancia que concede la persona a estos aspectos en su vida, así como el papel que juegan las oportunidades y restricciones que rodean a la persona para participar en la vida social (Verdugo, 2003). Habrá un funcionamiento adaptativo en la medida en que la persona se encuentre activamente involucrada (asistiendo a, interaccionando con, participando en, etc.) en su ambiente, su rol social deberá ser ajustado a actividades normales para su grupo de edad; mientras que las limitaciones serán influenciadas por la falta de recursos y servicios comunitarios (Borthwick-Duffy, Bradley, Buntix y cols. 2007).

Las limitaciones en la participación, interacción y roles sociales en las personas con discapacidad intelectual, debe ser por falta de recursos y servicios comunitarios y existencia de barreras físicas y sociales. La falta de oportunidades se relacionara con roles sociales poco valorados (Verdugo, 2003). Por estos motivos la OMS (2001) y AAMR (2004) realzan la importancia de identificar las influencias positivas y negativas de los ambientes a la participación social.

La AAMR (2004) menciona que la participación, interacciones y roles sociales al estar influenciados por las oportunidades disponibles, es que se debe tener en cuenta las siguientes implicaciones: la participación alude a la implicación de la persona en la realización de tareas en situaciones vitales reales; la falta de participación e interacción pueden originarse de obstáculos en los recursos disponibles o accesibilidad a servicios; y la falta de participación e interacción limitará constantemente el ejercicio de roles sociales valorados por la sociedad.

En este sentido la OMS (2001) y la AAMR (2004) indican evaluar la participación, la interacción y roles sociales mediante observación y entrevistas a quien disponga conocimiento de la persona, centrándose en observar cómo la persona, interacciona con el mundo material y social en actividades diarias (Verdugo, 2003). En México se recomienda que la evaluación la realicen personas cualificadas en técnicas de recolección de información cualitativas y la aplicación de inventarios o protocolos que arrojen información de competencia social. Se pueden utilizar el Inventario de Habilidades Básicas (Macotela y Romain, 1992) la subárea socialización que evalúa el desempeño en situaciones grupales, o bien, el Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas (APAC, 2003) que da indicadores sobre la participación de la persona y utilizar como guía orientativa la CIF (OMS, 2001).

Salud: física, emocional y etiología

La salud es definida por la OMS (citado en AAMR, 2004) como “un estado completo de bienestar físico, mental y social”. La discapacidad intelectual puede ir acompañada o no de una alteración de la salud, que a su vez, puede repercutir sobre las principales áreas de desarrollo. Algunas personas pueden disfrutar de buena salud, sin limitaciones significativas en la actividad, mientras que otras pueden presentar limitaciones de salud significativas, como epilepsia que puedan repercutir severamente en sus actividades personales y participación social, otras personas pueden tener limitaciones asociadas a una enfermedad mental.

Las características del funcionamiento emocional, deben ser tomadas por profesionales, familiares y las propias personas con detenimiento; se necesitará de la psicología clínica, cognitiva y comportamental para apoyos emocionales y sobre la calidad de vida (Benavente, 1991; Verdugo, 2003). En las alteraciones de comportamiento se debe intervenir desde la psicología, así como estar alertas sobre la presencia de ansiedad, estrés y depresión (AAMR, 1997). Finalmente, la naturaleza etiológica biomédica, social, conductual y educativa, se relaciona con acciones preventivas primarias: aparición de la discapacidad, secundarias: corrección de problemas existentes; y terciarias: reducción de la severidad de la discapacidad (AAMR, 2004).

La preocupación por la salud en personas con discapacidad, se basa en su dificultad para reconocer problemas físicos-mentales, comunicar síntomas y sentimientos, gestionar su atención y comprender tratamientos (AAMR, 1997; Gómez-Palacio, 2002). El estado de salud puede facilitar o inhibir su nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad, además sus relaciones negativas con el entorno influyen en un comportamiento adaptativo limitado (AAMR, 2004). De ahí que el bienestar físico y emocional sea considerado en ambientes, funcionamiento y participación social; con la finalidad de que los servicios de salud proporcionen tratamientos oportunos.

La AAMR (2004) indica que en la identificación de la etiología y el estado de salud físico y emocional, se deben tener en cuenta las siguientes implicaciones: las condiciones de salud física y mental pueden afectar la evaluación de la inteligencia y conducta adaptativa; la medicación como los anticonvulsivos y psicotrópica, pueden afectar el rendimiento; la evaluación de la conducta adaptativa se puede ver afectada por una medicación que altere las habilidades motoras o habilidades comunicativas; y la planificación de apoyos necesarios se puede ver influenciada por condiciones de salud física y mental, dado que las personas con discapacidad intelectual pueden requerir apoyos en la salud para promover el funcionamiento y participación, movilidad o de seguridad.

La evaluación debe basarse en múltiples fuentes de información como entrevistas, evaluación médica y evaluación psicometría. La valoración debe ser realizada por psicólogos, en colaboración con otros profesionales y familiares, para obtener información útil, otros recursos son el CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-IV (APA, 2002). En México se recomienda entrevistas, observaciones, evaluaciones psicológicas, análisis de valoraciones médicas y usar como guía orientativa la CIF (OMS, 2001), para tener una idea clara sobre el impacto de las condiciones de salud física-mental en el funcionamiento de la persona. Se debe analizar el historial clínico y revisiones médicas para descartar problemas emocionales o en su caso derivar a servicios correspondientes (AAMR, 1997, 1998; OMS, 2001).

Contexto

El contexto constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida (OMS, 2001), aquí se deben describir las condiciones interrelacionadas en las que la persona con discapacidad intelectual vive en su vida diaria con su familia, comunidad, sociedad y cultura; es primordial valorar la cultura, ya que gran parte de los valores y comportamientos sociales están afectados por la ideología cultural (González-Pérez, 2003).

La AAMR (2004) lo visualiza desde una perspectiva ecológica: entorno social cercano y familiar (microsistema); comunidad, y organizaciones educativas (mesosistema) y patrones culturales de la sociedad (macrosistema). La OMS (2001) lo visualiza a nivel individual y nivel sistema, el primero con relación al ambiente personal inmediato, incluye el hogar, escuela, trabajo e incluye características materiales como personas, apoyos, relaciones, valores y actitudes. El segundo implica las principales estructuras sociales formales e informales e incluye personas, apoyos, relaciones, valores y actitudes.

Tabla 1.13. Factores ambientales de bienestar y estabilidad

| Área de vida | Factor | Sugerencias para maximizar |
|--------------|----------------------------------|--|
| Física | Salud, estado físico y nutrición | Salvaguardar la salud y estado físico de la persona. Asegurar unos adecuados servicios médicos, oftalmológicos, de terapia física y motricidad. |
| Material | Hogar, posesiones e ingresos | Permitir la posesión y control de pertenencias Maximizar la cantidad de ingreso disponible que está bajo el control de la persona. Salvaguardar y promover la calidad de vida en el hogar. Salvaguardar y proponer la calidad y la cantidad de las posesiones de la persona. |
| Social | Presencia en la comunidad | Promover el acceso a la comunidad. Fomentar la existencia de un amplio número de amigos, miembros de familia, colegas e iguales. Permitir elecciones sobre el hogar, actividades y posesiones. Desarrollar habilidades, básicas de comunicación, capacidades de autoayuda y habilidades sociales de ocio. |
| Cognitiva | Desarrollo cognitivo | Proporcionar estimulación, educación y entornos enriquecedores. Enseñar habilidades de toma de decisiones. Desarrollar competencia y capacidad para elegir y tomar decisiones. |

Tomado de Bermejo y Verdugo (1998, p. 36)

Para decidir si los contextos presentan limitaciones o brindan participaciones, es necesario identificar el tipo y calidad de oportunidades ofrecidas para satisfacer necesidades; si fomentan el bienestar de la persona en área de vida física, social, material y cognitiva; y si promueven el sentimiento de estabilidad en la persona, así como el de previsibilidad y control (AAMR, 2004). Es decir, si un contexto brinda oportunidades, potencia el bienestar integral y promueve el sentido de pertenecía es un ambiente facilitador; si no cumple con dichas características, se estará hablando de un contexto poco favorable, que limita y presenta constantes barreras (Borthwick-Duffy, Bradley, Buntix y cols. 2007).

En la evaluación es importante diferencia entre el contexto habitual real de la persona con discapacidad y los ambientes óptimos futuros que favorecerán el funcionamiento, dado que los entornos positivos brindaran calidad de vida al ser lugares donde se adquirirá interdependencia y se gozará del máximo grado de inclusión (Benavente, 1991; AAMR, 1997; Schalock, 1999). La AAMR (2004) indica que en el estudio del contexto, se deben tener en cuenta las siguientes implicaciones: el contexto ha de considerarse a la luz de la inteligencia, las habilidades adaptativas, participación, interacción y roles sociales, y la salud; su estudio tiene diferente relevancia, según el objetivo de la evaluación: diagnóstico, clasificación y crear perfil de apoyos; y su evaluación es parte del juicio clínico y es clave para entender el funcionamiento de la persona.

En la evaluación del contexto es necesario observar a la persona en su ambiente y responderse preguntas relacionadas con lo ¿qué está haciendo esa persona?, ¿dónde lo está haciendo?, ¿con quién lo hace? y ¿qué otra cosa debería hacer? Por lo que se debe analizar la educación, modo de vida para determinar si el entorno está facilitando o inhibiendo el desarrollo, bienestar y participación de la persona con discapacidad intelectual (AAMR, 1997). En México, se recomienda realizar entrevistas, observaciones y cuestionarios. Se puede aplicar cuestionarios socioeconómicos, familiares (Caldwell y Bradley, 1984) y sociofamiliar (Calvo y Martínez, 2001) y tomar como guía orientativa la CIF (OMS, 2001) y el modelo ecológico: microsistema, mesosistema y macrosistema.

En suma, González-Pérez (2003) indica que la evaluación marca el perfil individual sobre los apoyos necesarios, lo que resulta muy adecuado para el desarrollo de programas compensatorios en todas las áreas de desarrollo humano. La evaluación es orientada a prestación de servicios y establecimiento de objetivos de intervención. Panblanco (Sánchez, 2001) indica que la planificación de programas compensatorios, debe tener como finalidad prioritaria el funcionamiento autónomo de la persona con discapacidad, teniendo siempre presente la operatividad de los objetivos del plan de acción, programación de estrategias metodológicas concretas y evaluación continua durante el programa. En la intervención la evaluación dará pautas de las posibles modificaciones a las estrategias, actividades, materiales, escenarios, recursos, etc.

El modelo propuesto por la AAMR de evaluación e intervención tiene la finalidad de planificar la intervención (sistemas de apoyos) acorde con los datos obtenidos, el ambiente y la interacción entre ambos (limitaciones y apoyos). Por su parte García (1999) menciona que la intervención en la discapacidad intelectual, debe hacerse desde una evaluación-intervención integral desde cinco coordenadas: foco de intervención, necesidades especiales, técnicas y estrategias de intervención, desarrollo en el ciclo vital y la discapacidad intelectual. A partir del modelo, se implementan programas de intervención en las principales necesidades de las personas con discapacidad, mediante modelos y técnicas de intervención con relación a la discapacidad, la persona y el entorno (García, 1999).

La intervención ha de proporcionar elementos procedentes de diferentes ámbitos de la psicología, pedagogía, intervención social, clínica, entre otras, para dar respuestas coherentes al complejo grupo de necesidades que presentan las personas con discapacidad intelectual, dado que esta discapacidad implica la interrelación entre condiciones personales y ambientales, la tarea será la detección de limitaciones y capacidades en función de su edad y expectativas futuras, con el fin de proporcionar apoyos en cada área en que la persona se expresa de manera personal, educativa, social y laboral (García, 1999).

Modelos de entrenamiento de las habilidades adaptativas

La adaptación es uno de los ámbitos de mayor interés, refiere a las posibilidades de independencia de las personas con o sin discapacidad en diferentes ámbitos de la vida cotidiana. La adaptación suele incluir habilidades de comunicación, cuidado personal, vida domestica, habilidades sociales, uso de recursos en la comunidad, autocontrol, académicas, trabajo, salud, ocio y seguridad (García, 1999). La adaptación implica habilidades que permiten a la persona llevar una vida independiente y socialmente productiva; hace referencia a la capacidad de una persona para adaptarse a las exigencias sociales de su contexto (García, 1999; Meece, 2000; Castañedo, 2001).

Definición de habilidades adaptativas

La AAMR (1997), Bermejo y Verdugo (1998) y Deutchs (2003), indican que son las diez habilidades adaptativas recuperadas del planteamiento de Ford (1989) a desarrollar en personas con discapacidad intelectual para lograr su independencia e integración. Actualmente, se apuesta por su multidimensionalidad, que implicó la agrupación de habilidades de comunicación, cuidados personales, vida en el hogar, sociales, desempeño en comunidad, autodirección, salud-seguridad, académicas funcionales, ocio-tiempo libre y trabajo, en habilidades conceptuales, sociales y prácticas (Grau, 1998; Montero, 2005; García 2006). Querejeta (2003) y Schalock, (1999) incluyen habilidades motrices, cuidado personal y vida diaria.

- Habilidades físico-motor: implica habilidades motoras, desplazamiento y destrezas para realizar diversas actividades.
- Habilidades cognitivas, comunicación y académicas: implican comprender y producir lenguaje, destrezas de lectura y escritura y administración del dinero.
- Habilidades para la vida independiente: implican tareas de autocuidado y de vida diaria, como aseo y arreglo personal, conservación del hogar, etc.
- Habilidades de competencia social: implican mantenimiento de amigos, interacción con otros, participación social, razonamiento social y participación.

Schalock (1999)

Las habilidades son indispensables para desenvolverse con éxito en la vida y están relacionadas con las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual, por lo deben enfatizarse en el contexto educacional, para lograr independencia personal y responsabilidad social (Grau, 1998; APAC, 2003; Deutchs, 2003; Madrid, 1992; Verdugo, 2006). Schalock (1999) indica que los tipos de inteligencia y habilidades adaptativas, se acogen bajo el constructor más amplio, el de la competencia personal y social (ver Figura 1.6.).

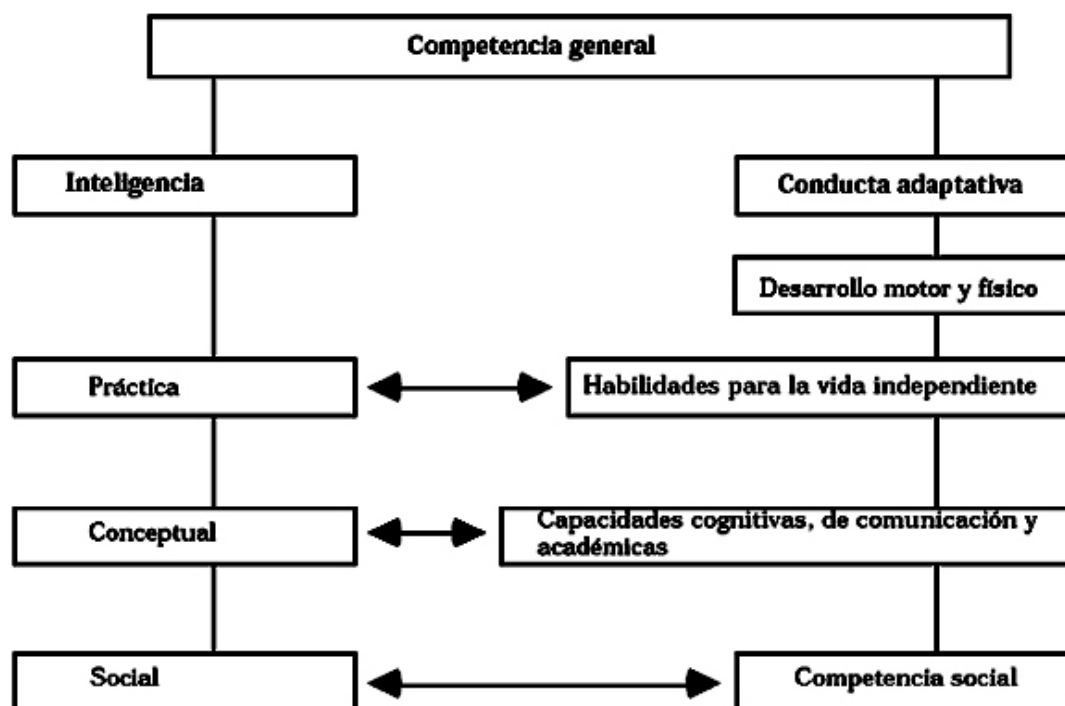


Figura 1.6. Multifuncionalidad de inteligencia y conducta adaptativa

Tomado de Schalock (1999, p. 9)

Por su parte la CIF (OMS, 2001), propone otra taxonomía con relación a actividades y participación. La OMS identifica las actividades de la vida de una persona con o sin discapacidad y las clasifican en nueve grandes grupos:

Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones.

Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés.

Comunicación: recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar, mover y usar objetos; andar y moverse y desplazarse utilizando medios de transporte.

Autocuidado: lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.

Vida doméstica: tareas domesticas de la rutina diaria, incluye comida, ropa, tareas del hogar, cuidar pertenencias y hogar, ayudar a otras personas.

Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones interpersonales, de manera adecuada al contexto y entorno social.

Áreas principales de la vida: comenzar y ejecutar las acciones y tareas necesarias para rendir en la educación, trabajo y vida económica.

Vida comunitaria, social y cívica: acciones y tareas necesarias para participar en la vida social fuera del ámbito familiar, en ámbitos comunales, sociales y cívicos.

OMS (2001), Querejeta (2003) y Romero (2007)

La OMS (2001) refiere que la capacidad de adaptación el nivel de funcionamiento de la persona con o sin discapacidad, porque las limitaciones en la conducta adaptativa van a afectar tanto la vida diaria, la habilidad para responder a los cambios constantes e imprevistos que ocurren en la vida y para responder a las demandas que impone el ambiente en que se vive. Antes de continuar, cabe resaltar que el término de conducta adaptativa utilizado en esta investigación tenido como referente la discapacidad intelectual y su relevancia dentro del marco de Schalock (1999) y multidimensionalidad inteligencia y conducta adaptativa.

En este sentido Montero (2005) indica que las habilidades adaptativas han sido abordadas desde la misma perspectiva por la psicología y disciplinas afines, como la psicología del aprendizaje (Martin y Levy, 1985), consejo psicológico (Witmer y Young, 1985), sub y superdotados (Janon, Fung y Robinson, 1985), terapia ocupacional (Sholle, Martín y Alessi, 1990). En lo relacionado con la Educación Especial, varios autores han clasificado las habilidades adaptativas, en la Tabla 1.13., se presentan las agrupaciones más aceptadas en los últimos años.

Tabla 1.14. Clasificaciones de habilidades adaptativas

| Autor | Habilidades adaptativas |
|--|---|
| Meyers, Nihira y Zetlin (1979): | habilidades de autoayuda, desarrollo físico, habilidades de comunicación, funcionamiento cognitivo, actividades domésticas y ocupacionales, autodirección y responsabilidad y socialización |
| Kamphaus (1987): | físico/motor, autoayuda / independencia, interpersonal/social, responsabilidad y cognitiva / comunicación |
| Mc Grew y Bruininks (1989): | independencia personal, responsabilidad personal, responsabilidad social, habilidades académicas funcionales / cognitivo, profesional / comunidad y físico / evolutivo |
| Widaman, Borth-Wick-Duffy y Little (1991): | desarrollo motor, habilidades para la vida independiente, competencia cognitiva y competencia social. |
| Stacy y Brotwiuck-Duffy (1993): | competencia cognitiva, competencia social, desadaptación social y desadaptación personal. |
| Verdugo (1996): | comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, académicas, ocio-tiempo libre y trabajo. |

Tomado de Romero (2007, p. 270)

En el comportamiento adaptativo, son varias las habilidades del terreno conceptual (p. ej. lenguaje, lecto-escritura, dinero), práctico (p. ej. actividades de la vida diaria básicas e instrumentales) y social (p. ej. responsabilidad, autoestima, probabilidad de ser engañado, seguimiento de normas, etc.) que deben ser aprendidas por las personas con discapacidad para funcionar y participar en su vida diaria (Montero, 2005; Romero, 2007) o dicho de otra manera, las dificultades adaptativas derivan de limitaciones en inteligencia, conceptual, practica y social.

Habilidades de autonomía y vida diaria

Dada la relevancia de gozar de autonomía personal y social, se justifica hablar de capacidades humanas básicas, de su limitación en las personas con discapacidad intelectual y la necesidad de intervenir en su mejora. Las habilidades adaptativas básicas, se conocen como habilidades de autonomía y vida diaria. Bernal y cols. (1990, p. 132) define las habilidades de autonomía como “conjunto de actividades relacionadas con la limpieza y arreglo personal, como lavarse, vestirse, comer, control de esfínteres, etc.”. Por su parte Moruno y Romero (2006, pp. 5) indica que Mosey (1986) y Pedretti (1981) identifican las Actividades de Vida Diaria [AVD] como “tareas de automantenimiento, movilidad, comunicación y manejo del hogar que permiten a un individuo alcanzar independencia personal en su entorno”.

Cabe destacar la similitud entre habilidades de autonomía y vida diaria, con la taxonomía de las AVD, en función de básicas o instrumentales. Según Romero (2006, 2007) las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son universales, están ligadas a la supervivencia y condición humana, van dirigidas a uno mismo y suponen un mínimo esfuerzo cognitivo. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están ligadas al entorno, son el medio para realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva-motriz.

Un rasgo distintivo entre actividades básicas e instrumentales es que las primeras son personales (cuidados del cuerpo, automantenimiento, autocuidado, privadas e intimas), frente a las segundas que son colectivas y a realizarse para interactuar con el entorno públicamente (Moruno y Romero 2006, Romero 2007). Es decir, tanto las habilidades de autonomía y vida diaria como las ABVD y AIVD van encaminadas a la satisfacción de necesidades e independencia personal.

Habilidades de autonomía

Las habilidades de autonomía, también denominadas habilidades de autocuidado, autoayuda o cuidado personal, se cuentan entre las habilidades más importantes que pueden aprender los niños y adolescentes con discapacidad intelectual. (Espada, Quiles y Terol, 2008). Bender y Valletuti (1981) y Bernal y cols. (1990) refieren que se incluyen en ésta área los aprendizajes relacionados con el cuidado personal: higiene y apariencia física, control de esfínteres, vestido y alimentación, por ser habilidades necesarias para ser integrado en los contextos inmediatos.

En el plano psicológico, la AAMR (1997) indicó que las habilidades de autonomía se refieren a las actividades cotidianas de las que todo el mundo participa tan independientemente como sea posible, en la familia, la comunidad, la escuela y la sociedad. La OMS (2001) complementa indicando que son actividades de autocuidado que realiza una persona para lavarse y secarse, cuidar el cuerpo y las partes del cuerpo, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud.

El desarrollo de estas habilidades es necesaria para la integración social, por lo que el objetivo de su enseñanza es lograr que la persona con discapacidad intelectual desarrolle independencia en su cuidado personal (Velasco-Díaz, 1994). González (2009) indica que entre las prácticas que han de potenciarse en programas individualizados en habilidades de autonomía a llevarse a cabo en la residencia del usuario (Instrucción Basada en el Entorno Inmediato) están:

- Llevar a cabo el aseo e higiene personal: realización de actividades de higiene y cuidado personal de forma autónoma (desarrollo personal).
- Tener intimidad: intimidad en actividades de cuidado personal que lo requieran (bienestar material) y respetar la intimidad de otros en el cuidado personal.
- Ayudar a los demás: fomentar la ayuda entre los miembros del hogar cuando las necesidades de alguno así lo requiera (relaciones interpersonales).
- Utilizar los instrumentos propios del aseo personal: uso de utensilios necesarios y la propia elección de ellos (bienestar material y derechos).
- Comer sanamente: hábitos alimenticios adecuados (desarrollo personal).
- Tener un buen aspecto: apariencia personal (autodeterminación).
- Cuidar la imagen externa: aspecto acorde a situación (inclusión social).
- Ser autónomo en el hogar: realzar las habilidades adquiridas.

Habilidades de vida diaria

Las habilidades de vida diaria, también denominadas habilidades de vida domestica, actividades cotidianas, actividades domésticas o actividades de vida en el hogar, se cuentan entre las habilidades más importantes que pueden aprender los niños y adolescentes con discapacidad intelectual (Espada, Quiles y Terol, 2008). Querejeta (2003) indica que hay un consenso al relacionarlas con actividades que ejecuta una persona con frecuencia habitual, que le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo un rol social. A su vez refiere, que suelen clasificarse como: básicas, instrumentales y avanzadas; funcionales, situacionales y laborales; básicas y domésticas.

Por su parte García (1999) menciona que las AVD están relacionadas con la edad y sexo de las personas con discapacidad e incluyen alimentación: comida y cocina; vestido y cuidado de ropa; aseo personal e higiene y control de esfínteres en niños y niñas; cuidados personales, domésticas, independencia en comunidad, habilidades sociales y educación sexual en adolescentes y adultos, la diferencia entre sexo es en habilidades de recreación y preelaborables o laborales.

Romero (2006), menciona que Hagedorn reconoce en las AVD diferencias, las fundamentales para la supervivencia, que implican alimentación, evitar peligros, mantener higiene personal y habilidades sociales básicas; y las de aspectos más complejos del autocuidado e independencia vital, como cocinar, comprar, tareas del hogar. El mismo autor refiere que actualmente se sigue la misma línea argumental en autores como Kielhofner (2004) que define las AVD como “áreas vitales típicas necesarias para el cuidado de si mismo y el automantenimiento, como el aseo, el baño, la limpieza de la casa y lavandería”.

En el terreno psicológico la OMS (2001) identifica las AVD como habilidades de vida doméstica, identificándolas como las actividades que realiza una persona para llevar a cabo tareas y acciones domésticas cotidianas, que incluyen la adquisición de lo necesario para vivir, las tareas del hogar, cuidado de objetos y ayudar a otros miembros del hogar. Por su parte, la AAMR (1997) las identifica como habilidades de vida en hogar, refiere que incluye el cuidado de ropa, casa, jardín, preparar y cocinar comida, planificar y presupuestar la compra, tomar medidas de seguridad y programar el horario del día, así como asocia destrezas de orientación, comunicación, interacción social y académicas funcionales.

El desarrollo de estas habilidades es necesaria para la integración social, por lo que el objetivo de su enseñanza es lograr que la persona con discapacidad desarrolle independencia en las actividades del hogar (Velasco-Díaz, 1994). González (2009) indica que entre las prácticas que han de potenciarse en programas individualizados de habilidades de vida diaria a llevarse a cabo en la residencia del usuario (Instrucción Basada en el Entorno Inmediato) están:

- Sentirse cómodo en el hogar: bienestar en la vivienda (bienestar emocional).
- Seguir normas en el hogar: manifestación de normas de convivencia.
- Toma de decisiones en el hogar: participación en la toma de decisiones referentes a la organización de la vivienda.
- Disponer de pertenencias: seguridad de las pertenencias.
- Realizar tareas del hogar: realización de tareas domésticas.
- Descansar: Descanso en la vivienda.
- Disponer de autonomía en la vivienda: utilización de las llaves de la vivienda
- Vivir en situación comunitaria: integración en la comunidad.
- Invitar a personas a casa: invitación a la vivienda de familiares y amigos.
- Tener un espacio de intimidad: disposición hacia la vida independiente ejerciendo el derecho a la intimidad.

Nótese la importancia de cada una de las acciones, tanto en habilidades de autonomía como en habilidades de vida diaria y su relación con otras destrezas adaptativas. Lo que demuestra el desarrollo complementario en habilidades adaptativas, dado que en ambas listas las palabras entre paréntesis indican la vinculación de habilidades de autonomía y vida diaria con otras habilidades (p. ej. en la práctica de ayudar a los demás se correlaciona con habilidades sociales) durante el entrenamiento se dará su desarrollo aunque no en la misma intensidad.

Las habilidades de autonomía y vida diaria son la base para la independencia personal e implican competencias de conocimiento-control y la funcionalidad de los conocimientos en las demandas de la vida, las habilidades adaptativas engloban destrezas que tienen su origen en el desarrollo sensorio-perceptivo (explorar, identificar y expresar necesidades y emociones) y el desarrollo psicomotor (coordinación y control para llevar a cabo acciones) por tales motivos, se hace patente en personas con discapacidad intelectual desarrollar su máximo grado de autonomía (APAC, 2003). Todo ser humano con o sin discapacidad debe enfrentar las demandas del día a día, dar soluciones a conflictos sin enajenarse y desarrollarse integralmente (Solloa, 2001; González, 2009).

Entrenamiento de habilidades adaptativas

En la discapacidad intelectual destaca la modificabilidad de las habilidades adaptativas, mediante intervenciones conductuales-cognitivas adecuadas, el desarrollo descansa en la justificación de ser el único aspecto reversible en la discapacidad intelectual (Lehand, citado en Montero, 2005). Por lo que han de ser el conductor de varios programas a llevarse a cabo en las viviendas de familias con un integrante con discapacidad intelectual, para la consecución de su vida independiente. Se ha de tener en cuenta que el desarrollo de las habilidades adaptativas es integral, aunque la planificación sea específica en una o dos habilidades adaptativas específicas.

Su planificación, es un proceso complejo que supone decidir la o las habilidades a entrenar, para ello se identifican las necesidades de apoyo; después se diseña un programa con relación a las características y necesidades de la persona, finalmente se aplica y evaluar el desarrollo de las habilidades así como la eficacia del programa, ello con la finalidad de realizar adaptaciones necesarias, por lo que la evaluación debe estar presente antes, durante y después de la intervención con vías de mejorar la eficacia del programa (Fierro, 1990; Sánchez, 2001).

Espada, Quiles y Terol (2008) indican que el desarrollo de habilidades adaptativas busca la autonomía personal en actividades de cuidado de si mismo “progresar en la adquisición de hábitos y actitudes de bienestar personal e higiene como fortalecimiento de la salud” y en actividades de vida diaria “aumentar la autonomía para que colabore y secuencie la acción para resolver tareas cotidianas, tolerando la frustración y pidiendo ayuda”. Los mismos autores indican que Monereo recomienda enseñar en habilidades de autonomía y vida diaria aseo personal: control de esfínteres, higiene (lavarse cara, manos, limpieza dental); estética (maquillaje, peinarse, etc.); alimentación: conservación de alimentos; uso de cubiertos, preparar comidas etc.; vestimenta: vestirse y desvestirse y conservación de ropa; utillaje: uso de electrodomésticos, limpieza, orden (barrer, limpiar, conservar estancias) y cuidado de los objetos personales.

Tomando en cuenta, las ventajas y desventajas de cada tipo de intervención: enfoques conductuales, responderte, instrumentales, enfoques cognitivos, aprendizaje social, educativos, instruccionales, basados en habilidades, programas de integración social, etc. Se identificó mayor eficacia en los modelos cognitivo-conductual en el desarrollo, mantenimiento y generalización de las habilidades adaptativas por sus resultados exitosos alcanzados en personas con discapacidad y tomando en cuenta que el fin de toda intervención es dar respuesta a las características y necesidades de las personas con discapacidad y fomentar su desarrollo integral y nivel de independencia (García, 1999).

Técnicas de modificación de conducta

La Modificación de la conducta es un método que ha dado buenos resultados. La observación y análisis de lo qué le gusta y lo que no le gusta a la persona, es de gran importancia y revela muchas cosas acerca de ella. La información también es útil a la hora de diseñar un plan de actuación, pues lo que le gusta puede servir de recompensas, por algo importante que haya hecho; y lo que no le gusta puede utilizarse como castigo, aunque generalmente son obstáculos para el aprendizaje de la persona (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999; González-Pérez, 2003).

Tabla 1.15. Técnicas para la modificación de la conducta

| Decrementar conductas | Incrementar las conductas |
|---|--|
| Las técnicas para disminuir una conducta inadecuada deben aplicarse en el preciso momento en que aparece la conducta blanco o que se desea eliminar. Las nueve técnicas más comunes para decrementar una conducta son: | Las técnicas para la adquisición de conducta son los medios por los cuales la persona adquiere una habilidad. Se programan acorde a las necesidades específicas de la persona y las habilidades a enseñar. Las seis principales técnicas para incrementar conductas son: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Corrección verbal 2. Corrección física 3. Interrupción de respuesta. 4. Extinción 5. Tiempo fuera 6. Saciedad o sobrecorrección 7. Reforzamiento de conductas incompatibles 8. Desensibilización 9. Costo de respuesta | <ol style="list-style-type: none"> 1. Refuerzos 2. Modelamiento o imitación. 3. Moldeamiento. 4. Contrato de contingencias. 5. Economía de fichas 6. Principio de Premack |

Basado en González-Pérez (2003, pp. 195-198) y Franco y Recio (2003, pp. 96-111)

Las técnicas para modificar o implementar conductas, son procedimientos que deben ser aplicados de acuerdo a la conducta que se desea. Son muchas las conductas en las personas con discapacidad intelectual que nos gustaría cambiar, para ello, hay que tener en cuenta las fortalezas y debilidades en cada habilidad adaptativa. Si nos detenemos a analizar qué es lo que hace y cuándo lo hace, podremos diseñar planes de acción (Galindo y cols., 1990; Guevara, Ortega y Plancarte, 2001; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999; González-Pérez, 2003).

La modificación conductual es uno de los tratamientos más utilizados en niños que padecen discapacidad intelectual, ya que puede ser implementado desde etapas muy tempranas del desarrollo, además, de que puede ser enseñada a los padres, para que funjan como coterapeutas en el ambiente familiar. Es importante para que los padres aprendan a manipular los antecedentes y consecuencias de las conductas, puesto que esto promoverá el mantenimiento y la generalización de conductas apropiadas. Dentro de las técnicas de modificación Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) y González-Pérez (2003) destacan:

Reforzamiento positivo. Se utiliza para incrementar la probabilidad de ocurrencia de una conducta. Se han utilizado reforzamiento primarios y secundarios, pero es preferible utilizar reforzadores concretos y tangibles.

Castigo. Se utiliza para decrementar la frecuencia de una conducta o para eliminarla. Hay varios tipos de técnicas de castigo como:

Físico. Son estímulos nocivos como sonidos o sabores desagradables. Generalmente se usan para eliminar las conductas más inapropiadas y que son nocivas o que ponen en peligro la vida del niño.

Sobrecorrección. El niño tiene que corregir las consecuencias ambientales de su conducta o bien practicar en forma correcta la respuesta deseada.

Tiempo fuera. Se refiere a la eliminación del estímulo o situación reforzante. Se usa para extinguir conductas inapropiadas; al aplicarla se parte del supuesto de que el niño está en una situación altamente reforzante, y cuando se aplica adecuadamente es una técnica sencilla y muy efectiva para eliminar conductas disruptivas o inapropiadas.

Aprendizaje social. Estos métodos enfatizan el tratamiento de procesos mediadores internos que pueden ser manipulados. Estos procesos mediadores están ampliamente controlados por estímulos externos, el aprendizaje social tiene una gama de técnicas de tratamiento como: el modelamiento, el juego de roles, la retroalimentación.

El procedimiento instruccional, que más se emplea es el análisis de tarea, gracias a que los comportamientos humanos se pueden descomponer en cadenas de conductas simples (Velasco-Díaz, 1994). El análisis de tareas reporta beneficios al proceso de instrucción, permite consolidación en respuestas adquiridas, centrar la instrucción en pasos sencillos que son utilizados como punto de partida, deja observar claramente los avances que se producen de manera gradual y posibilita la comprensión de los procedimientos de enseñanza (González-Pérez, 2003; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999; Velasco-Díaz, 1994).

Desarrollar un análisis de tareas, conlleva la puesta en práctica de tres pasos que implican: concreción de metas, determinación de componentes de una conducta y procesos evaluativos. Cuando se marcan los objetivos y el análisis de tarea, se pasa a la enseñanza, la cual ha de producirse atendiendo a los tres módulos instruccionales que pueden darse de forma sucesiva o ser seleccionadas sobre la base del estilo de aprendizaje de la persona (González-Pérez, 2003).

En primer lugar, el modelo “apoyo coactivo”, aquí la instructora y el aprendiz actúan como una sola persona durante el desarrollo de la actividad, con ayuda física y verbalización por parte de la primera en todos los pasos, como un equipo que ha de complementarse; en segundo lugar el modelo “cooperativo”, donde la instructora provee apoyos e indicaciones para que el aprendiz finalice la actividad con éxito, es necesario que la instigación física y verbal se reduzcan hasta disminuir definitivamente; y en tercero lugar, el modelo “reactivo”, donde el aprendiz completa la tarea por sí mismo y la dirige en la medida que es capaz de anticipar la secuencia de las actividades que la integran (González-Pérez, 2003).

Técnicas cognitivo-conductuales

Aquí las técnicas y estrategias empleadas para trabajar las habilidades son una combinación de procedimientos conductuales y cognitivos. Se parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento, siendo sus principales características que el cambio se halla mediado por las actividades cognitivas; el determinismo recíproco entre pensamiento, ambiente y conducta; ayudar a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales y la relación es colaborativa (Bauer y Thomas, 2000; González-Pérez, 2003; Franco y Recio, 2003). En suma, son útiles para incrementar la independencia y mantener respuestas deseables. Se debe usar con conductas sencillas que ya estén en el repertorio conductual del niño (Michenbaum 1977 en Solloa, 2001; Bauer y Thomas, 2000). Entre las técnicas más utilizadas se encuentra las siguientes:

Técnicas de instrucción verbal. La técnica es efectiva con personas con retardo mental moderado. La instrucción verbal, complementada con una guía física moderada, no es suficiente para remediar el aprendizaje. Algunos métodos alternativos están basados en hacer una relación entre lo que se dice y lo que se hace. La correspondencia entre el comportamiento verbal y no verbal es un esfuerzo apropiado, porque establece el control interno a través del desarrollo del autocontrol verbal.

La *autoinstrucción* requiere que el estudiante verbalice durante todo el proceso de entrenamiento. Tiene como propósito el desarrollar y mejorar la autorregulación a través de la verbalización. La técnica ayuda a entender el significado de las palabras y por medio de sus autoverbalizaciones, a regular sus acciones. Incluye componentes básicos: a) definición de tareas, b) estrategia de comportamiento, c) la autoevaluación y d) autorreforzamiento.

Técnicas de autorregulación. El programa de autodirección se distingue por su interés en proveer estrategias particulares para desarrollar la autorregulación en los niños. Estos procedimientos promueven que el niño pueda generar indicadores discriminativos específicos y consecuencias para su comportamiento.

Las técnicas de regulación son efectivas para mantener y generalizar los cambios de comportamiento. Las de autocontrol, son la habilidad de retrasar la gratificación; y las de autodirección, autoevaluación, autoreforzamiento y la resolución de problemas, produce cambios duraderos y generalizados.

Instrucción visual e imaginación. El retraso o la deficiencia en el lenguaje es reconocido como característica de la discapacidad intelectual. Una gran variedad de técnicas en el procedimiento de indicadores visuales han sido evaluadas incluyendo el modelamiento, las claves visuales y la inducción imaginativa. Se cree que los niños con discapacidad intelectual pueden aprender de lo que ven y así desarrollar conductas.

Franco y Recio (2003), González-Pérez (2003) y Giné y Fot (2007)

En suma, los procedimientos operantes han resuelto satisfactorios en entrenamientos de habilidades deficitarias, pero la necesidad de conseguir cambios duraderos, amplios y generalizables, hace necesaria su complementación con el modelo cognitivo (Meichenbaum, citado en Verdugo, 1988), dado que su combinación hace patente el mantenimiento y generalización de las habilidades. Por lo que las intervenciones deben diseñarse para modificar las habilidades, el funcionamiento cognitivo y actitudes motivacionales (Verdugo, 1988).

Finalmente, en la enseñanza de habilidades adaptativas se debe contemplar la colaboración de la familia, porque constituye el manejo natural del aprendizaje, así como el mantenimiento y generalización de las habilidades entrenados, por lo que es necesario enseñar los procedimientos de enseñanza y guiar su participación (González-Pérez, 2003). Todo brindará un adecuado desarrollo de habilidades adaptativas, lo que permitirá un funcionamiento independiente responsabilidad social y ser un miembro activo en la sociedad, (Montero, 2005). González-Pérez (2003) indica que la combinación de técnicas conductuales-cognitivas es altamente útil en contenidos de identidad y autonomía personal como: hábitos de alimentación y descanso; repertorios para vestirse; cuidado y limpieza del cuerpo y hábitos de higiene corporal; y utilización adecuada de espacios y materiales, prevenir accidentes y evitar situaciones peligrosas.

En este sentido Bender y Vallettuti (1981) y Bernal y cols (1990) indican que la programación e intervención en habilidades de autonomía y vida diaria son esenciales en niños y adolescentes con discapacidad intelectual, dado que son habilidades que se necesitan aprender bien si lo que se busca es que esa persona goce del máximo grado de integración social. Los siguientes puntos han sido ofrecidos como razones para dar prioridad a programaciones en áreas de habilidades adaptativas conceptuales, prácticas y sociales:

- La persona no posee hábitos de aseo y arreglo personal, será excluida de muchas experiencias sociales y será más susceptible a problemas sanitarios.
- La persona que no es funcionalmente independiente en las habilidades para vestirse y desvestirse, verá su capacidad para viajar restringida, así como oportunidades de socialización y trabajo protegido.
- La persona que no es funcionalmente independiente en los hábitos del comer y beber e incapaz de planear y preparar comidas, limitará su funcionamiento dentro de su hogar y verá restringidas oportunidades de interacción social.
- La persona que no sea capaz de cuidar de sus pertenencias y vivienda se sentirá limitado en su capacidad para vivir independientemente y se verá socialmente restringido a su propio hogar o a un ambiente protegido (Bender y Vallettuti, 1981; Bernal y cols., 1990)

Todo con relación a ideologías de diversos autores como Álvarez, Camarasa, M^a. Silvia y Menéndez-Martínez (citados en Madrid, 1992), Castañedo (1999) y Verdugo (1988, 2006) que apuestan por una enseñanza en personas con discapacidad intelectual desde la atención y rehabilitación preescolar, mediante la estimulación temprana que cuya correcta realización puede prevenir algunos efectos de la discapacidad, segundamente una etapa educativa y para la vida donde los conocimientos y habilidades sean funcionales y finalmente un conjunto de servicios educativos que aseguren el paso educativo y de vida al sociolaboral. Dado que la eficaz enseñanza en las habilidades adaptativas ayudará a la persona a volverse responsable y permitirá que otros la vean como miembro activo y aceptable de la sociedad (Madrid, 1992 Verdugo, 2006)

MÉTODO

Objetivos

Objetivo general:

Instrumentar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de educación compensatoria en habilidades adaptativas, en adolescentes con discapacidad intelectual, durante un periodo de seis meses.

Objetivos específicos:

- Realizar una evaluación diagnóstica integral sobre el nivel de funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, relaciones y roles sociales e interpersonales, salud física y mental e influencias contextuales.
- Instrumentar un programa de intervención en habilidades adaptativas, específicamente de autonomía y vida diaria, acorde a las características-necesidades y potencialidades identificadas en las participantes.
- Aplicar y evaluar el programa de entrenamiento en habilidades adaptativas, realizar las modificaciones que se consideren pertinentes y dar seguimiento al desarrollo de habilidades adaptativas en un periodo de seis meses.
- Identificar el nivel ejecutivo-funcional y el desarrollo de habilidades adaptativas alcanzado por las participantes de investigación y resaltar las variables que afectaron de manera positiva y negativa su logro.

Tipo de estudio

El diseño metodológico que se empleo fue el estudio de casos múltiples, Mertens (citado en Bautista, Fernández y Sampieri, 2006 en CD) lo define como “una investigación de varios casos (regularmente de dos a 10) que mediante los procesos cuantitativo, cualitativo o mixto; se analizan profundamente para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis ó desarrollar teorías”. Su principal objetivo es comprender una experiencia, por lo que al examinar una unidad desde un diversas variables puede ser clasificado por su finalidad: intrínseco, instrumental y colectivo, número de casos y unidad de análisis (Stake 2000 y Ying, 2003, citados en Bautista, Fernández y Sampieri, 2006 en CD).

Son dos estudios de casos intrínsecos al ser considerados únicos por la presencia e identificación de discapacidad intelectual en las participantes de investigación (Stake, 1998), teóricamente de alcance instrumental al profundizar en la evaluación-intervención en la discapacidad intelectual. Todo desde el diseño experimental de caso único modelo AB (Arnau, 1990; León y Montero, 1997) donde se establece la línea base, se produce la intervención y nuevas medidas para monitorean el funcionamiento del estímulo, finalmente se realiza una postevaluación y se identifica el tendencia del estímulo (Arnau, 1990; León y Montero, 1997; Baptista, Fernández y Sampieri, 2006 en CD).

Participantes

Se eligió como casos a dos adolescentes femeninas, identificadas con discapacidad intelectual por personal especializado médico y educativo. Se incluyeron por participación voluntaria y autorización de los padres de familia. De acuerdo con los artículo 68 y 122 del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002) se utilizaron pseudónimos y se mantiene el anonimato. Las características particulares de las participantes son:

Caso 1: Alinne, adolescente de 16 años de edad, diagnosticada con discapacidad intelectual por especialistas de educación especial porque presenta retraso mental moderado, deficiencias visuales (estrabismo), dificultad en aprendizajes básicos, problemas de ejecución y funcionalidad en habilidades adaptativas, problemas de conducta y dificultades psicomotrices. Al inicio del estudio cursaba el segundo grado de educación laboral en un CAM.

Caso 2: Berenice, adolescente de 15 años de edad, diagnosticada con discapacidad intelectual por especialistas médicos porque presenta retardo mental leve, deficiencias visuales (astigmatismo y miopía), dificultad en aprendizajes complejos, funcionalidad de habilidades adaptativas y desfase de desarrollo en extremidades (el lado derecho es mayor al lado izquierdo) y dificultades psicomotrices. Al inicio del estudio no asistía a ningún centro de formación, al iniciar la intervención comenzó a asistir a un taller prelaboral en un CECATI.

Escenario

La investigación se llevó a cabo en tres escenarios, en la evaluación diagnóstica se trabajó en un centro comunitario y las instalaciones de la Universidad Pedagógica Nacional y el entrenamiento se realizó en los domicilios particulares de las participantes. En el caso A, el domicilio y centro comunitario se ubican en la Delegación Álvaro Obregón, las zonas son reconocidas con nivel socioeconómico medio-bajo (CONAPO, 2005). En el caso B, el domicilio se ubica en la Delegación Coyoacán la zona es reconocida con nivel socioeconómico medio (CONAPO, 2005) y la Universidad Pedagógica Nacional se ubica en la Delegación Tlalpan, la zona es reconocida con nivel socioeconómico alto (CONAPO, 2005).

La estructura y características de las viviendas son extremadamente diferentes (en el caso A las estancias de servicios son compartidas y reducidas, en el caso B las estancias de servicios son amplias, cada integrante cuenta con su propio espacio, sin embargo ambas cubrieron con las condiciones básicas (desplazamiento, mobiliario, utensilios y materiales) para llevar cabo la intervención. Las instalaciones del centro comunitario y de la Universidad Pedagógica Nacional, presentan condiciones idóneas (iluminación, ventilación, mobiliario y materiales) para realizar evaluaciones y trabajo individualizado.

Instrumentos

Ficha de identificación y carta de consentimiento informado

La carta de consentimiento informado integra información sobre el tipo de evaluación, los instrumentos y alcances de la investigación e intervención. Así como deja claras las condiciones de participación (trabajo educativo, confidencialidad, periodo de trabajo, acceso a información y participación voluntaria). Por su parte, la ficha de identificación integra información sobre datos personales e identificación de problemas físicos o discapacidad. Ambas deben aplicarse en cada caso para identificar la problemática general, obtener información, identificar el tipo de valoración y alcances de la intervención (rapport).

Entrevista clínica a padres

La entrevista clínica se utilizó para obtener datos relevantes de las participantes de investigación, rastrear antecedentes evolutivos, escolares y clínicos y valorar el nivel de desarrollo actual. El instrumento es una guía y está compuesta por cuatro grupos: antecedentes de desarrollo, escolares, datos clínicos y desarrollo actual. Los primeros tres se tomaron de Álvarez y Soler (1997), el último de López (2004), las preguntas en cada apartado corresponden a:

Tabla 2.1. Datos de la entrevista clínica

| Apartado | Subapartados | Preguntas |
|--|---|-----------|
| 1. Datos generales | | 4 |
| 2. Historia evolutiva | Embarazo y nacimiento | 3 |
| | Datos característicos del lactante | 5 |
| | Desarrollo de la infancia | 2 |
| 3. Antecedentes escolares | Preescolar | 7 |
| | Primaria y secundaria | 15 |
| 4. Datos clínicos | Diagnóstico clínico | 2 |
| | Situación médica actual | 6 |
| 5. Nivel de desarrollo actual | Características personales y relaciones sociales | 11 |
| | Grado de autonomía | 7 |
| | Juego y ocio | 12 |
| | Salud y otras intervenciones extraescolares | 10 |
| | Actitud y hábitos en los estudios | 5 |
| 6. Autosuficiencia | Movilidad | 4 |
| | Alimentación | 9 |
| | Aseo | 4 |
| | Arreglo personal | 9 |
| | Continencia | 2 |
| | Independencia | 8 |
| | Conducta | 8 |
| 7. Reacciones emocionales | | 5 |
| 8. Reacciones ante estímulos sensoriales | Sonidos | 3 |
| | Estímulos visuales | 2 |
| | Dolor, calor y frío | 3 |
| | Tacto, gusto y olfato | 1 |
| | Pronunciación | 2 |
| | Comunicación social | 5 |
| | Ecolalia | 3 |
| | Resistencias al cambio, apego a objetos y rutinas | 6 |

Cuestionario sobre el contexto familiar y social

El cuestionario es una guía de observación sobre el contexto familiar y social, se tomó de Calvo y Martínez (1997), se realizó con la finalidad de rastrear antecedentes relacionales del contexto de las participantes. Está compuesto por siete apartados: estructura familiar, situación socioeconómica, entorno físico familiar, dinámica familiar, reacción ante la discapacidad, conductas que facilitan o dificulta en el proceso educativo y expectativas de vida. El instrumento, se basa en preguntas de respuesta de señalización, dicotómicas y complementación, por lo que puede ser aplicado o llenado con la información del rapport.

Tabla 2.2. Datos del cuestionario familiar y social

| Apartado | Subapartados | Preguntas |
|--|--------------------------|-----------|
| 1. Estructura familiar | | 1 |
| 2. Situación socioeconómica familiar | | 3 |
| 3. Datos del entorno físico | | 3 |
| 4. Dinámica familiar | | 4 |
| 5. Reacción de ante la deficiencia | Negación | 5 |
| | Reacción de culpa | 3 |
| | Superación positiva | 6 |
| 6. Conductas que facilitan-dificultan el proceso educativo | Reacción ante los logros | 4 |
| | Reacción ante la escuela | 9 |
| 7. Expectativas sobre las posibilidades educativas | | 3 |

Pruebas psicométricas

En personas con discapacidad intelectual la aplicación y resultados de pruebas pueden ser invalidados por sus características individuales (medicación, estado de salud, grado de déficit cognitivo-sensorial) por lo que se tuvo precaución en su utilización. Con base a resultados preliminares, se decidió aplicar pruebas sólo a Berenice, porque Alinne esta bajo tratamiento médico y evidencia déficit visual significativo. A continuación se describen las pruebas utilizadas, la aplicación de más de una prueba de inteligencia obedeció a resultados limítrofes de tendencia no clara (limite inferior = $CI \leq 70$ versus limite normal = $CI \geq 70$).

Pruebas de inteligencia

Las pruebas de aplicación individual más reconocidas son Stanford-Binet, Escalas de Wechsler e interpretación de dibujos como la Figura Humana de Goodenough, que se aplica en tiempo breve, arroja datos confiables y los dibujos pueden utilizarse para valorar el área emocional (Cohen y Swerdlik, 2000).

Test de inteligencia por medio del Dibujo de la Figura Humana (DFH)

Instrumento estandarizado (Goodenough, 1957), es una prueba gráfica que tiene como objetivo medir la madurez intelectual en niños de 3 a 15 años. Se aplicó con la finalidad de obtener la edad mental, el CI y la clasificación (inferior a norma, ligeramente bajo, normal, ligeramente alto y superior a norma) de la participante.

Test Gestáltico Visomotor (B.G.)

Instrumento estandarizado (Bender, 1984) de aplicaciones psicológicas, ha demostrado poseer valor en la exploración de desarrollo de la inteligencia en niños y adultos con deficiencia mental. Se utilizó el sistema de análisis cualitativo y cuantitativo de Bender (1984), se aplicó con la finalidad de identificar signos de deficiencia mental, la edad de maduración y el cociente de madurez para identificar el nivel de retraso de madurez (retraso, límite ó normal).

WISC-RM. Escala de inteligencia revisada para el nivel escolar

Instrumento estandarizado (Wechsler, 1984), es una prueba de inteligencia, tiene por objetivo medir el CI en niños de edad escolar (5 a 15 años). Se aplicó con la finalidad de revalorar la inteligencia general de la participante, dado que las pruebas de Goodenough y el B.G. arrojaron resultados limítrofes.

Pruebas de proyectivas

Las pruebas más reconocidas son Manchas de Tinta de Rorschach, Test de Apercepción Infantil [CAT], Frases Incompletas, Dibujos de Figura Humana [DFH], Gestáltico, H-T-P (Casa-Árbol-Persona) y Dibujo de la Familia [DF]. En las pruebas se identifican diversos sistemas de calificación agrupados en formales por reglas establecidas; informales por puntuaciones y conclusiones no definidas e impresión general conclusiones por las respuestas del examinado (Hogan, 2004).

Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH)

Prueba gráfico-proyectiva que tiene como objetivo medir el área emocional y la personalidad en niños de 3 a 15 años, cuenta con varios sistemas calificadores por lo que su interpretación dependerá del sistema elegido. Se utilizó el sistema de Machover (1983), se aplicó con la finalidad de identificar el estado emocional y la estructura y madurez de la personalidad en la participante de investigación.

Test Gestáltico Visomotor (B.G.)

Instrumento estandarizado (Bender, 1984), que brinda datos sobre patologías mentales. Se utilizó el sistema de variables de análisis cualitativo de Halpern (1952, citado en Bender, 1984), se aplicó con la finalidad de identificar signos patognomícos como fenómenos de disociación que perturban la personalidad, desordenes impulsivos y confusionales en la participante de investigación.

Test del Dibujo de la Familia (DF)

Prueba gráfico-proyectiva que tiene como objetivo brindar información con relación a dificultades de adaptación al medio, conflictos edípicos, rivalidad fraterna y aspectos emocionales, cuenta con varios sistemas calificadores por lo su interpretación dependerá del sistema elegido. Aquí se utilizó el sistema de Corman (1967) sobre el plano gráfico, estructuras formales, contenido e interpretaciones psicoanalíticas. La prueba se aplicó con la finalidad de identificar la dinámica familiar de la participante de investigación y sus posibles alteraciones.

Test de Frases Incompletas [FIS]

Prueba proyectiva que generalmente tiene como objetivo brindar información de actitudes familiares, sociales, sexuales, rasgos de carácter, intereses, aspiraciones educativas, temores, conflictos, necesidades, etc. Pueden ser de naturaleza teórica-ateórica, estandarizada o contar con varios sistemas calificadores, su interpretación dependerá del calificador elegido. Aquí se utilizó la Prueba FIS de Sacks (1967) que analiza las emociones de niños y adultos, hacia la madre, el padre, unidad familiar, sexo opuesto, temores, sentimientos de culpa, habilidades, actitud hacia el pasado, futuro y metas. La prueba se aplicó con la finalidad de identificar las áreas de conflicto en la participante de investigación.

Inventario de Habilidades básicas (IHB)

El instrumento lo diseñaron Macotela y Romay (1992) y va dirigido al trabajo con niños con retardo en el desarrollo. El IHB se desarrolló con el objeto de ofrecer una herramienta de utilidad múltiple a los profesionales que trabajan con niños con retardo en el desarrollo, busca vincular el diagnóstico con tratamiento de problemas asociados al retardo en el desarrollo. El instrumento representa un modelo diagnóstico-prescriptivo que incorpora listas de cotejo y medidas con referencia a criterio. En las hojas de registro se producen las categorías, reactivos e incisos del inventario, lo cual facilita la aplicación y registro. La calificación requiere del número de respuestas correctas, que se divide entre el número de habilidades probadas y se obtiene el porcentaje de ejecución correcta.

Tabla 2.3. Características del Inventario de Habilidades Básicas

| Áreas | Subáreas | Categorías | Reactivos | Inciso | Puntuación máxima |
|-----------------|------------------------------|------------|-----------|--------|-------------------|
| Básica | Atención | 6 | 15 | 24 | 28 |
| | Seguimiento de instrucciones | 3 | 5 | 19 | 19 |
| | Imitación | 3 | 5 | 20 | 20 |
| | Discriminación | 5 | 36 | 105 | 105 |
| Coordinación | Coordinación motora gruesa | 5 | 39 | 64 | 80 |
| Visomotriz | Coordinación motora fina | 4 | 26 | 69 | 79 |
| Personal social | Autocuidado | 4 | 11 | 55 | 55 |
| | Socialización | 5 | 16 | 28 | 32 |
| Comunicación | Vocal-Gestual | 7 | 23 | 87 | 182 |
| | Verba-Vocal | 3 | 11 | 36 | 36 |
| | Articulación | 4 | 9 | 90 | 90 |

Una vez obtenido el dato crudo (frecuencia natural) y transformado en porcentaje (frecuencia relativa), se produce a graficar el porcentaje, ello permite una representación visual de áreas, subáreas y categorías de mayor deficiencia, es decir, las necesidades inmediatas del niño. Con base en los formatos de registro, porcentajes y los perfiles, se elabora un informe descriptivo, el cual debe incluir los datos obtenidos en la entrevista, la aplicación de IHB y en su caso de otras medidas usadas, finalizando con las recomendaciones.

Modelo de valoración de habilidades adaptativas

El instrumento lo diseñaron especialistas de la Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral (2003) [APAC], se enfoca a valorar habilidades adaptativas, entendiendo estas como “capacidades, conductas y destrezas que una persona debería adquirir para desempeñarse en sus entornos habituales, en sus grupos de referencia, acordes a su edad cronológica” (APAC, 2003, p. 1). El instrumento pone el eje en habilidades e inteligencia “construible”, sobre que una persona puede ampliar sus capacidades y habilidades, autodeterminar su propia vida, ampliar sus entornos apropiarse de ambientes cada vez más complejos donde las habilidades adaptativas se validen y cobren su sentido último.

El protocolo de evaluación toma como ítems distintas capacidades (valoradas en actividades específicas numeradas) agrupados en diez habilidades adaptativas (comunicación, autocuidado, vida en hogar, uso de la comunidad, autodirección, académicas funcionales, ocio y tiempo libre, sociales, salud y seguridad y trabajo). Las mismas se describen en una planilla donde se aclara si la persona es independiente-dependiente o está en proceso de lograrlo. Como segundo paso se vuelcan los resultados en un gráfico de las 10 habilidades con la numeración de las planillas en sus casillas, se pinta de un mismo color las casillas de las habilidades en las que es independiente y en las que está en proceso, las habilidades no dominadas se dejan en blanco, se diferencian las habilidades independientes de las de proceso de adquisición con la tonalidad del color.

Manuales

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

La CIE-10 es un sistema para asignar códigos estadísticos que identifican el trastorno de salud. El Manual de Trastornos Mentales del Comportamiento, ve la discapacidad intelectual como trastorno y describe lo que la persona puede hacer según el nivel de discapacidad. Se revisó y tomó como punto, con la finalidad de realizar un diagnostico integral al identificar las características de las participantes, según el grado de discapacidad asentado en diagnósticos médicos y escolares.

Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales

Propone un sistema de evaluación multiaxial, que busca incorporar información relevante sobre el estado físico, mental, psicológico y social de una persona con algún trastorno mental. Se revisó y tomó como punto de referencia, con la finalidad de identificar como el funcionamiento de las participantes está influenciado por alteraciones cognitivas, lenguaje, motoras, de personalidad, motivación, educación y oportunidades sociales-ocupacionales, y realizar un diagnóstico integral a fondo de las áreas humanas y jerarquizar las necesidades de apoyo de las participantes.

Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud

Herramienta conceptual de la salud y discapacidad, útil para describir la situación de cada persona y elaborar un perfil de funcionamiento. Se revisó y tomó como punto de referencia, con la finalidad de realizar un diagnóstico integral y analizar como el funcionamiento de las participantes está determinado por funciones estructurales-corporales, actividades-tipo de participación y factores contextuales externos-personales. El análisis se marcó de la siguiente manera las funciones y estructuras corporales de manera independiente y los componentes de actividad-participación en listas separadas de dominios. Se utilizaron tres calificadores: desempeño-realización, capacidad sin ayuda y capacidad con ayuda, pensando en las áreas de intervención; finalmente, los factores ambientales se valoraron con relación al tipo de oportunidades y las actitudes personales de las participantes.

Programa de Habilidades Adaptativas Autonomía

Para tener una base referencial sobre el nivel de desarrollo evolutivo en la adolescencia se tomaron como base postulados de la OMS (2001), AAMR (2004) y literatura sobre el desarrollo de personas con discapacidad intelectual (Molina, 1999; Sánchez, 2001; González-Pérez, 2003), el contraste de la información y las principales necesidades identificadas en las participantes de investigación (comunicación, autonomía personal, sociales, autorregulación y ambientes estructurados) dio como resultado, la instrumentación del Programa de Habilidades Adaptativas de Autonomía y Vida Diaria [PHA-AyVD].

El PHA-AyVD se instrumentó a partir de Bernal y cols. (1990), Bender y Vallettuti, (1981) y Verdugo (2006). Entre los aspectos relevantes para la instrumentación del programas se tomó la información teórica-metodológica más relevante y con relación a habilidades de autocuidado (estimulación global y necesidades básicas de orden biológico, afectivo, lúdico y social) y habilidades de vida diaria (autonomía en tareas en su hogar), para la selección de las estrategias metodológicas se tomaron en cuenta las utilizadas en varias investigaciones y consideradas eficaces, la relación entre edad y tipo de habilidades y actividades, así como las características específicas de cada una de las participantes.

Debido a que la integración del programa es extensa, se recomienda consultar las bibliografías originales para identificar los detalles de las habilidades y estrategias de intervención, dado que a continuación, sólo se hace una descripción general del programa, donde se marca a grandes rasgos sus principales características y forma de llevar a cabo el programa. El PHA-AyVD, comprende cuatro objetivos generales, siete objetivos específicos y 35 objetivos operativos, quedó integrado por una síntesis teórico sobre la relevancia del desarrollo de habilidades adaptativas en personas con discapacidad intelectual y una síntesis metodológica relacionada con los contenidos del programa, instrumentos para su aplicación, técnicas de entrenamiento y lineamientos de evaluación, todo queda reflejado en las cartas descriptivas del programa (Ver Anexo 1).

Cabe destacar que el programa se visualiza como entrenamiento individualizado, basado en técnicas cognitivas (instrucción verbal, autodirección estratégica y metacognitiva e instrucción visual) y conductuales (reforzamiento, castigo y aprendizaje social); mediante observaciones directas y evaluaciones constantes con la finalidad de registrar los cambios. La evolución del programa descansa en trabajar tres sesiones a la semana y entrenar dos objetivos específicos por sesión (primera los lunes entrenar programas de aseo-arreglo personal, segunda los miércoles entrenar los programas de comida-alimentación y tercera los viernes entrenar los programas de cuidado de pertenencias y del hogar) y la orientación a padres después de cada sesión para generar el traspaso de responsabilidades.

Dado que el entrenamiento busca el mantenimiento y funcionalidad de las habilidades en la rutina de vida de las participantes, es que el programa se llevó en su domicilio particular y de acuerdo a su dinámica familiar, lo anterior obedece primeramente al ser considerada una estrategia educativa “Instrucción Basada en el Entorno Inmediato” y segundo la repercusión positiva que tiene el llevar a cabo la intervención en contextos reales y la participación de los padres de familia. Finalmente, se realizó una validación ambiental, porque uno de los programas originales se adaptó al contexto americano [EEUU] y otro al contexto de España, por lo que existen términos cotidianos que en México tiene connotaciones diferentes (por ej. fregar por limpiar, coger por tomar, etc.). Además, se emplearon los siguientes recursos estilísticos:

1. El término de alumno femenino a lo largo del programa, porque las actividades socialmente son consideradas femeninas y el programa se instrumentó con relación a las necesidades de dos adolescentes específicas.
2. El término de instructora, para identificar a la persona responsable a llevar el entrenamiento, aunque el rol puede ser aplicado a psicólogos, profesores, estudiantes acreditados, etc. Se hace referencia al género femenino, por ser más las mujeres que se dedican a la educación especial.
3. El término de aprendiz para referirse a la persona que aprende y subrayar que a pesar de la adaptación del programa a casos particulares, puede ser aplicado a personas con discapacidad y limitaciones en habilidades adaptativas.
4. Hace referencia al espacio físico como lugar de aprendizaje, para realzar que la enseñanza y aprendizaje pueden ocurrir en lugares que cubran condiciones idóneas (iluminación, ventilación, mobiliario y materiales, etc.).

Plan de investigación

La investigación se basó en el estudio de caso de dos adolescentes con discapacidad intelectual, la investigación se dividió en cinco fases: *a)* identificación y valoración; *b)* planeación; *c)* ejecución y apoyo al programa; *d)* evaluación del aprendizaje del estudiante y *e)* informe del progreso de las participantes. En cada una de las fases se utilizó varios instrumentos para recabar información.

Tabla 2.4. Plan de Investigación

| Fase | Dimensión | Instrumentos | |
|-----------------------------|--|--|---|
| | | Alinne | Berenice |
| Identificación y valoración | Identificación. | Ficha de identificación. Consentimiento informado. | Ficha de identificación. Consentimiento informado. |
| | Antecedentes y nivel de desarrollo actual | Entrevista clínica (Álvarez y Soler, 1997; López, 2004) | Entrevista clínica (Álvarez y Soler, 1997; López, 2004) |
| | Habilidades intelectuales | IHB (Macotela y Romay, 1992) y CIF (OMS. 2001). | Test Goodenoug, Gestáltico Visomotor y WICS |
| | Habilidades adaptativas | IHB (Macotela y Romay, 1992), MVHA (APAC, 2003) y CIF (OMS. 2001). | IHB (Macotela y Romay, 1992), MVHA (APAC, 2003) y CIF (OMS. 2001). |
| | Participación social | MVHA (APAC (2003) y CIF (OMS, 2001). | MVHA (PAC (2003) y CIF (OMS, 2001). |
| | Salud: física y mental | Diagnósticos médicos, CIE-10 (OMS, 1992), DSM-IV (APA, 2002) y CIF (OMS. 2001). | Diagnósticos médicos, Test: figura humana (Machover), familia (Corman), Gestáltico y frases incompletas (Sacks). |
| | Contexto | Cuestionario del contexto sociofamiliar (Calvo y Martínez, 2001) y CIF (OMS. 2001). | Cuestionario del contexto sociofamiliar (Calvo y Martínez, 2001) y CIF (OMS. 2001). |
| Plan de acción | Instrumentación del programa de entrenamiento | Bender y Valletuti, (1981), Bernal, Galguera, Galindo, Hinojosa, Padilla y Taracena (1990) y Verdugo (2006) | Bender y Valletuti, (1981), Bernal, Galguera, Galindo, Hinojosa, Padilla y Taracena (1990) y Verdugo (2006) |
| Programa | Programa de Habilidades Adaptativas de Autonomía y Vida Diaria [PHA-Ay VD] | Línea base, entrenamiento y evaluaciones sucesivas en el nivel de funcionamiento. Evaluación inicial, sucesiva y final en nivel ejecutivo. | Línea base, entrenamiento y evoluciones sucesivas en el nivel de funcionamiento. Evaluación inicial, sucesiva y final en nivel ejecutivo. |
| Evaluación e informe | Pretes - postes | MVHA (APAC, 2003) | MVHA (APAC, 2003) |
| | Análisis cualitativo Análisis cuantitativo | Descripción, representación grafica y tabular de avances | Descripción, representación grafica y tabular de avances |

Consideraciones éticas

En toda investigación el psicólogo debe ajustarse a principios éticos hacia los participantes y sus colegas. La APA (2003, citado en Bautista, Fernández y Sapieri, 2006) indica las siguientes obligaciones: planeación, ejecución y reporte; y beneficios: cooperación-significación, validez en resultados y conocimiento del comportamiento humano. Por su parte Meece (2002) los resumen en un servicio de calidad, donde los beneficios superen costos de tiempo-esfuerzo.

En México el código ético, lo rige la Sociedad Mexicana de Psicología (2002) que indica que los principales puntos éticos a tomar en una investigación son:

Justicia, responsabilidad y consentimiento informado. Antes de iniciar la investigación, se realizó un acuerdo con los padres de las participantes, para obtener su consentimiento informado; explicando los objetivos y las características del *Programa de Habilidades Adaptativas Básicas de Autonomía y Vida Diaria*, los métodos y tiempos de implementación.

Desengaño. Antes, durante y después de la recolección de datos, se les explicó a los padres y participantes, la naturaleza del estudio, con el fin de eliminar cualquier concepto erróneo que pudieran tener acerca del mismo, en particular, con los resultados esperados y el uso de la información.

Libertad de coerción. Se hizo del conocimiento a lo padres y participantes, que su participación era voluntaria y que podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin penalización ni repercusión alguna.

Confidencialidad. Con el fin de proteger el anonimato de la identidad de los participantes, se garantizó que los datos personales serían salvaguardados y se utilizaría pseudónimos en la exposición de resultados.

Lenguaje. Para garantiza la integridad de las participantes, se abstuvo del uso de lenguaje negativo, se empleó el término *adolescente con discapacidad intelectual* para referirse al atributo de persona y no a la persona.

Cabe destacar que como psicólogos educativos y la ligada labor con personas con discapacidad, se debe conocer las particularidades de estas personas, estar actualizado sobre sus derechos y normas de la psicología educativa vinculadas a la Educación Especial y dimensiones rehabilitadoras, para laborar eficazmente (Meece, 2000; APAC, 2003). De manera general entre los principales puntos éticos a tomar en cuenta en toda investigación están el consentimiento informado; confidencialidad de la identidad; informar sobre los resultados obtenidos en la investigación; la supervisión del estudio por un comité; en la identificación de riesgos en el bienestar de los participante información y canalización; y el derecho de los beneficios de terceras personas (León y Montero, 1997; OMS, 2006).

RESULTADOS

Evaluación diagnóstica

Caso A

Datos personales

Nombre: Alinne

Edad: 16 años, 6 meses

Fecha de nacimiento: febrero de 1991

Grado escolar: 2do. de Educación Laboral

Domicilio: Álvaro Obregón

Escuela: Centro de Atención Múltiple [CAM]

Diagnostico: Discapacidad intelectual

Motivo de derivación: A lo largo de su vida escolar Alinne acreditó todos los grados de educación básica especial, a pesar de que en su desarrollo de habilidades básicas y aprendizajes escolares no logro dominar lo mínimo. Actualmente, presenta problemas de aprendizaje en el taller de costura, la madre comenta, que la maestra lo atribuye a falta de desarrollo y reforzamiento en habilidades básicas, además, refiere que en casa no realiza las tareas de escuela. Ambas lo atribuyen al proceso de cambios físico-emocionales de la adolescencia.

Apariencia física: Alinne presenta deficiencia visual (estrabismo), de estatura menor a la media y complexión robusta, de aspecto generalmente limpio y estado de salud estable. Así como evidencia flacidez en dedos de las manos, rigidez en extremidades interiores-superiores, problemas de postura y desplazamiento.

Antecedentes evolutivos

Antecedentes prenatales, perinatales y postnatales. El embarazo fue deseado y producto de un tratamiento de fertilidad al que se sometió la madre, el embarazo no llegó a término, porque se rompió la fuente. La interrupción del embarazo, el no conocimiento de gemelos y una infección contraída por la madre durante el embarazo (toxoplasmosis) ocasionó en los productos complicaciones. Alinne fue el primer producto y presentó un estado de salud delicado pero estable, mientras que el segundo producto manifestó complicaciones y falleció a días de nacida.

Dado que Alinne, presentó los mismos síntomas que la fallecida, se decidió y aprobó realizar autopsia, los resultados arrojaron que los productos adquirieron la toxoplasmosis en el momento del parto. A pesar de que se administraron medicamentos y se llevó a cabo el tratamiento necesario, la infección ocasionó en Alinne daño neurológico (quistes cerebrales) y visuales (estrabismo) para prevenir futuros problemas de desarrollo (crecimiento, lenguaje y psicomotrices) se derivó a estimulación temprana en el Seguro Social.

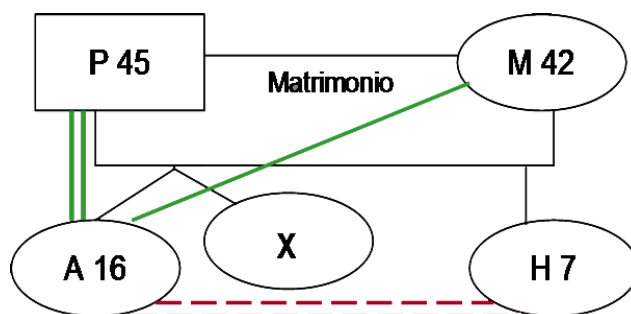
Antecedentes del desarrollo: Presentó problemas psicomotrices y de lenguaje, recibió estimulación en el Seguro Social y Educación Especial. Puede desplazarse dentro de casa, comunicarse y comprender, juega en solitario, es compartida y respetuosa y mantiene buenas relaciones sociales. Actualmente, en casa presenta problemas de agresividad, aislamiento, berrinches, conductas negativas (chupar objetos y comerse uñas) y excesos conductuales (hablar y negativa a realizar tareas) y en la escuela problemas de obediencia y realización de actividades.

Historia médica: Gestal # 1 femenina, contrajo toxoplasmosis que ocasionó daño neurológico, el diagnóstico médico fue retraso psicomotor. Desde su nacimiento al momento actual ha presentado:

- Convulsiones, se diagnosticó epilepsia, se controló con carbamazepina (solución y tabletas). Aún está en tratamiento.
- Fiebres de más de 39 ° e infección estomacal, requirió hospitalización, se trató con penicilina, baños y paracetamol. Se dio de alta y dejó expediente abierto.
- Estrabismo desde nacimiento, problemas visuales a los 9 años, fue remitida al oftalmólogo para estudios, indicó uso de lentes.
- Problemas ortopédicos, desfase de desarrollo de extremidades, se recomendaron plantillas y zapatos especiales. Se dio de alta.
- En 2005 fue identificada con discapacidad intelectual por especialistas de Educación Especial, quedando asentado en documentos no oficiales.
- Actualmente, acude mensualmente al Seguro Social, para verificar contaminación del medicamento en sangre y convulsiones presentadas; y acude con el neurólogo cada tres años para seguimiento médico.

Historia escolar: Asistió al Seguro Social y centro maternal, para rehabilitación psicomotora y de lenguaje. En preescolar, presentó problemas visuales y lenguaje, en primaria persistieron y sumó de aprendizaje. No repitió ningún grado (a pesar de no aprender lo básico) el comentario era “se esfuerza y realiza actividades de acuerdo a sus capacidades y adquirió lo que podía”. En la actualidad acude a educación laboral y presenta problemas tareas de su taller.

Situación sociofamiliar: La situación familiar nuclear estuvo compuesta por Alinne y padres hasta los 10 años a la llegada de su hermana, durante ese tiempo recibió apoyo de todos los familiares. Con la evidencia de la discapacidad las relaciones se modificaron, marcándose afectivo-permisivas con el padre, afectivo-controladoras con la madre y ambivalente-celotipia con la hermana.



Situación actual:

Dimensión I: Habilidades intelectuales

| Áreas | Capacidades | Limitaciones |
|------------------------------|---|--|
| Atención | - Se orienta visualmente hacia varios estímulos y es capaz de concentrarse en la realización de diversas actividades por periodos prolongados de tiempo en situaciones de tipo individual. | - Dificultades en la calidad de ejecución y tiempos. Su contacto visual es por periodos breves y presenta dificultad en fijar la mirada en objetos en movimiento. |
| Seguimiento de instrucciones | - Sigue instrucciones que implican la realización de diversas acciones y actividades, bajo constante supervisión, aprobación e instigación verbal. - Habilidad en actividades conocidas. | - Dificultades para seguir instrucciones de acciones secuenciadas, es necesario recordar. Ejecución poco exitosa y dificultad en actividades complejas. - Dificultan en ejecución, en acciones y actividades, necesita instigación verbal y física. |
| Imitación | - Realiza a partir de un solo modelo acciones simples, secuencias y actividades. | - Dificultad, en igualar, estímulos gráficos de diferencia máxima, media y mínima, confusión en posición en posición en el espacio adelante-atrás, izquierda-derecha desde su punto de referencia ella misma y el de otras personas. |
| Discriminación | - Diferencia objetos, iguala, identifica, agrupa y nombra objetos de acuerdo a color, tamaño, grosor, longitud, textura, peso, cantidad, formas geométricas y representación gráfica. | |

Seguendo al CIF (OMS, 2001) en Funciones Corporales, se identificó deficiencia en funciones mentales globales (b114 orientación, b118 intelectuales y b122 psicosociales globales) y específicas (b144 memoria, b156 percepción, b160 pensamiento y b168 lenguaje).

Dimensión II: Conducta adaptativa: habilidades conceptuales, sociales, prácticas y ocupacionales.

| Áreas | Capacidades | Limitaciones |
|----------------------------------|---|---|
| Psicomotora: coordinación fina | - Es capaz de realizar actividades integrales (abrir, servir, utiliza objetos, etc.) y movimientos básicos (manipula, tomar, colocar, extraer y presionar) | - Dificultades al manipular objetos pequeños, su pre-escritura es básica de poca uniformidad, distorsión, rotación, etc. |
| Psicomotora: Coordinación gruesa | - Es autosuficiente al desplazarse y al realizar actividades de integración, coordinar movimientos en sus acciones. Puede mantenerse en una posición y controlar su cuerpo y mantenerse en equilibrio estático. | - Dificultad en equilibrio de recuperación, movimientos coordinados, coordinación ojos-mano y ojos-pie. Mantiene postura encorvada, rigidez caminar lento y poca resistencia física. |
| CONCEPTUALES | | |
| Comunicación | - Responde a estímulos visuales, auditivos y táctiles. Patrones básicos de respuesta. Expresa sus necesidades y deseos. Maneja el condijo elemental de comunicación. Puede mantener comunicación en varios entornos. Las habilidades está en proceso, | - Incomodidad por lo auditivo. Requiere indicación en códigos sociales. Dificultad para coordinar y expresar ideas, necesidades y deseo de manera inadecuada (grita, exagera, demanda, etc.) y problemas de articulación, volumen, fluidez y expresión. |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| Habilidades académicas | - Es capaz de discriminar, ubicarse en el espacio, tiene conocimientos preacadémicos y de secuencias numéricas y del abecedario. Reconoce su esquema corporal y simula que hace actividades escolares. | - No logro conocimientos básicos, no sabe leer ni escribir aunque tiene nociones preacadémicas. Sus conocimientos no son funcionales, sólo identifica y menciona, tiende a confundirse. |
| Autorregulación | - Identifica las actividades a realizar diario, su rutina se basa en levantarse prepararse para la escuela, en ella realizar actividades sencillas, llega a casa come y realizar actividades poco recreativas-estimulantes. | - Dificultad para regularse por la constante ayuda recibida y pocos aprendizajes adquiridos. Es dependiente para regular tiempos, medicación, planificaciones. En casa no tiene obligaciones,. |
| Salud y seguridad | - Reacciona (gritar-avisar) ante situaciones de riesgo, reconoce sensaciones de malestar y comunica sus malestares. Puede identificar situaciones de peligro domésticas y evitarlas, comunica agresiones sufridas. | - Dice mentiras por evitar realizar alguna actividad, no es responsable de sus cuidados y administración de medicamentos. No diferencia propuestas indecorosas o riesgos en otros entornos. |
| PRÁCTICAS | | |
| Autocuidado | - Es capaz de comer y utilizar utensilios, conoce ubicación de alimentos. Puede quitarse la mayoría de la ropa. En general es capaz de realizar actividades básicas relacionadas su higiene personal. | - Dificultades en buenos modales, utilizar cuchillo y tenedor alternamente y el uso de servilleta, ponerse ropa interior superior, zapatos y no es responsable de su ciclo menstrual. Suele brinda ayuda constante. |
| Vida en el hogar | - Tiene conocimiento de actividades de cuidado de ropa, alimento, higiene, general y muestra destrezas para realizarlas. Es capaz de utilizar artefactos electrónicos y reconocer situaciones de riesgo. | - En casa no se permite que realice este tipo de actividades cuando lo hace es de manera deficiente. No es capaz de lavar su ropa, preparar comida, balancear su dieta, etc. |
| Utilización de la comunidad | - Reconoce trayectos habituales cortos, se puede trasladar a lugares muy cercanos. Tiene conocimiento del dinero y su utilidad, reconoce servicios básicos y participa en actividades organizadas por sus familiares. | Cuando se desplaza en la comunidad es supervisada, no se le permite desarrollar el desplazamiento autónomo, y se restringe el acceso a servicios de manera independiente. |
| Trabajo | - Es capaz de seguir instrucciones simples, imitar gestos profesionales con ayuda y seguir indicaciones. Busca aprobaciones, pide ayuda o disculpas según sea el caso y sabe la importancia de su identificación. | - Dificultad para mantener el orden, puede negarse a realizar alguna indicación ó violar normas porque no las recuerda. Es difícil que recuerde secuencias de actividades y es capaz de desplazarse fuera de casa. |
| SOCIALES | | |
| Habilidades sociales | - Es capaz de responder a gestos sociales básicos, expresar sus sentimientos, reconocer componentes visuales y no visuales, identificar y avisar sobre situaciones de riesgo y reconocer errores. | - Dificultad en reglas de cortesía y pautas sociales, expresión de necesidades de manera incorrecta (grita, exagera y demandante), iniciar y mantener relaciones sociales, defenderse y actuar en situaciones de riesgo. |
| Ocio y tiempo libre | - las relaciones de juego son con familiares, prefiere actividades y juegos simbólicos y en solitario. Identificar reglas sencillas cuando se le explican. | - Falta de interés por actividades deportivas, artísticas o recreativas. En juegos es pasiva se somete a las indicaciones, no utiliza servicios de comunidad. |

Seguendo la CIF (OMS, 2001) en los dominios de Actividad y Participación, se identificó limitaciones en el desempeño y realización de las siguientes actividades: aprendizaje y aplicación de conocimientos sensoriales intencionadas (d110 mirar y d115 escuchar); aprendizaje básico (d155 adquisición de habilidades); aplicación del conocimiento (d160 centrar la atención, d163 pensar, d175 resolver problemas y d178 tomar decisiones); tareas y demandas generales (d220 realizar múltiples tareas, d230 realizar rutinas diarias; comunicación en producción de mensajes (d330 habla), conversación y uso de técnicas de comunicación (d350 conversación, d355 discusión); movilidad de uso de objetos (d435 mover extremidades inferiores, d440 uso fino de la mano) y del andar-desplazarse (d460 por distintos lugares d465); cuidado personal (d510 lavarse, d520 cuidado de partes del cuerpo, d540 vestirse, d550 comer, d570 cuidado de la salud propia y d598 cuidado personal) y vida domestica en adquisición de lo necesario (d620 bienes y servicios), en tareas del hogar (d630 preparar comidas, d640 quehaceres de la casa y d649 tareas domestica), de cuidado de pertenencias y ayudar a otros (d650 cuidar pertenencias, d660 ayudar a otros y d698 vida doméstica).

Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales

| Área | Descripción |
|--|--|
| Cómo la persona interacciona con el mundo. | Tiene ligero conocimiento y puede poner en juego las habilidades básicas necesarias para interactuar con el mundo material y social en varios contextos, pero, acorde a niveles menores a su edad cronológica. Muestra y responde a gestos sociales básicos. Además, es capaz de reconocer y respetar componentes de la comunicación, diferenciar pautas en diferentes entornos y adaptarse a ellas. |
| Roles sociales y actividades normales para su grupo de edad. | Generalmente se desenvuelve en situaciones cotidianas y con personas familiares. Tiende a realizar roles impuestos por otras personas, su vida se limita al contexto familiar. Si se le da la oportunidad y brindan espacios, puede realizar varios roles y actividades. |

Seguendo al CIF (OMS, 2001) Actividad y Participación, se identificó limitaciones en el desempeño y realización de las siguientes actividades: interacciones y relaciones con otros generales (d710 interpersonales básicas e d720 interacciones complejas), interacciones interpersonales (d730 extraños, d740 formales e d770 íntimas); principales áreas de vida en educación (d810 informal y d820 escolar), trabajo (d840 aprendizaje y preparación para el trabajo) y vida económica (d860 transacciones económicas básicas) y vida comunitaria, social y cívica (d910 vida comunitaria, d920 recreo y ocio y d940 derechos humanos) u oportunidades por la asistencia a instituciones recreativas y educativas laborales.

Dimensión IV: Salud: física, mental y etiológica

Salud física: Estado de salud estable, dificultades cognitivas, visuales, de lenguaje, coordinación, obesidad y crisis convulsivas. Acude mensualmente al IMSS, para identificar niveles de contaminación en la sangre y número de convulsiones presentadas, así como acude con el neurólogo cada tres años, para revisión general.

Salud mental: Seguendo al CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-IV (1994) se encontró retraimiento, aumento de dependencia y en ocasiones episodios agresivos. (Trastornos afectivos), acciones evitativas y pasividad-agresividad (trastornos de personalidad). Se identificó agresividad hacia si y hacia otras personas y objetos, conductas disruptivas, aislamiento, pasividad y conducta no colaboradora.

Etiología primaria: La principal etiología es de carácter fisiológico influencia de factores sociales: nivel cultural de padres, nivel socioeconómico, estructura y dinámica familiar; factores conductuales: situaciones peligrosas en casa o escuela, dependencia, no rutina, etc.; y factores educativos: trabajos no continuos en desarrollo mental y habilidades adaptativas, etc.

Siguiendo al CIF (OMS, 2001) en los dominios de Funciones Corporales, se identificó deficiencia en funciones mentales globales (b126 temperamento y personalidad) y específicas (b152 emocionales); funciones sensoriales y de dolor de vista y funciones relacionadas (b210 funciones visuales), funciones auditivas y vestibulares (b240 señoriales de funciones auditivas y vestibulares) y sensoriales adicionales (b250 gustativa, b255 olfativa y b265 táctiles); funciones de la voz y del habla (b310 voz, b320 articulación y b330 fluidez-ritmo del habla); y funciones neuromúsculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento de articulaciones y huesos (b710 movilidad de las articulaciones), musculares (b730 fuerza muscular y b740 resistencia muscular) y del movimiento (b750 reflejos motores y b770 modalidad de la marcha). en los dominios de estructuras corporales, se identificó deficiencia en estructuras del sistema nervioso (s110 cerebro), estructuras del ojo (s210 órbita del ojo y s220 globo ocular) y estructuras relacionadas con el movimiento (s740 región pélvica).

Dimensión V: Contexto

| Áreas | Capacidades | Limitaciones |
|---------------------|---|---|
| Condiciones de vida | La vivienda es propia, aunque compartida con parte de la familia materna externa, cada familia nuclear sólo cuenta con estancias básicas mientras que comparten estancia de comedor, baño, centro de lavado, etc. La vivienda responde a las necesidades de Alinne, cabe resaltar que los espacios son reducidos. La comunidad es reconocida zona urbana. | El nivel cultural bajo-medio de los, padres, los constantes viajes de trabajo del padre, condicionan influencias importantes en la educación, las reacciones ante la discapacidad y expectativas. |
| Educativo | Muestra habilidades básicas para aprender a desenvolverse en este tipo de ambientes. Actualmente, asiste a centros de educación pre-laborales. Los contextos son beneficiosos, porque ofrecen aprendizajes y relaciones con iguales. | Su contexto está limitado de experiencias novedosas, se caracteriza por un bajo nivel de exigencia, pocas actividades constantes y exceso de ayuda brindada. Esto contribuye el desinterés por otras actividades, conocimientos básicos y relaciones con personas de su edad. |

Siguiendo al CIF (OMS, 2001) en los dominios de **Factores Ambientales**, la Familia inmediata (e310) y la Familia ampliada (e315), presentan un facilitador en relación en el área educativa, interacciones y relaciones personales y vida comunitaria, social y cívica y una barrera por la ambivalencia en la dinámica familiar, lo que repercute en el dominio y desarrollo de habilidades de la vida doméstica. Las características de la vivienda son un facilitador al desplazamiento autónomo de Alinne, pero son una barrera en lo que respecta al uso de estancias, lo que limita el desarrollo y promoción de habilidades adquiridas, aplicación de conocimiento, realización de tareas y demandas generales.

- Las actitudes individuales de miembros de la familia (e410, e415), presentan un facilitador dado a sus expectativas realistas “autonomía personal y educación prelaboral”, lo anterior se ve reforzado por las actitudes de amigos (e420), actitudes de conocidos, compañeros, vecinos y miembros de la comunidad (e425) y profesionales de la salud (e450). Sin embargo la falta de conocimiento y algunas actitudes de extraños (e445), actitudes sociales (e460) e ideologías sociales (e465) son una barrera, porque en ocasiones llevan a la familia a la desorientación.

- Finalmente los servicios, sistemas y políticas para la educación y formación (e585) aparece como un facilitador en lo que respecta comunicación, movilidad, interacciones y relaciones interpersonales y vida comunitaria, social y cívica, y una barrera en relación a desarrollo de habilidades adquiridas, aplicación de conocimiento, realización de tareas y demandas generales, acertada formación una actividad.

Para poder ser integrada es necesario entrenar en habilidades adaptativas para un mejor desenvolvimiento. Es necesaria que las habilidades adaptativas sean enseñadas con la finalidad de que alcance el máximo nivel de autonomía personal y sea integrada en diversos contextos.

Caso B

Datos personales

Nombre: Berenice

Edad: 15 años, 9 meses

Fecha de nacimiento: 12 de mayo de 1992

Grado escolar: concluyó educación secundaria

Domicilio: Coyoacán

Escuela: terminó educación secundaria

Diagnóstico: Discapacidad intelectual

Motivo de derivación: A lo largo de su vida escolar Berenice acreditó todos los grados de educación básica (primaria y secundaria), a pesar de que su desarrollo de habilidades y aprendizajes escolares sólo logró lo básico. La madre solicitó orientación profesional acerca de las posibilidades educativas de su hija y guía para corregir errores de formación y encauzar metas de autonomía.

Apariencia física: Berenice presenta deficiencias visuales (astigmatismo y miopía), de estatura mayor al promedio y complexión gruesa, de aspecto generalmente limpio y estado de salud estable. Así como evidencia desfase de desarrollo en extremidades (lado derecho es mayor al izquierdo), siendo marcado en el desarrollo de su mano, problemas de postura y patrones de desplazamiento.

Antecedentes evolutivos

Antecedentes prenatales, perinatales y postnatales. El embarazo se planeó, después de un tiempo considerable, en ese momento la madre tenía 38, el padre 37 y dos hijas de 17 y 19 años. El desarrollo del embarazo no tuvo ninguna complicación y anormalidad, llegando a término, el problema se presentó en el momento del parto al tener que realizar cesárea porque el producto no descendía y su tamaño era mayor a la media. El producto después del parto Berenice presentó convulsiones a consecuencia de una bacteria que provocó meningoencefalitis a pesar de que se siguió un tratamiento y administraron medicamentos, la infección derivó en infarto cerebral masivo, mismo que ocasionó daño neurológico y disminución del miembro torácico derecho, debido a ello se derivó a clínica de estimulación temprana en el Seguro Social.

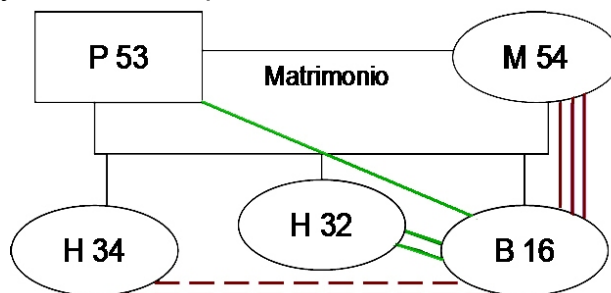
Antecedentes del desarrollo. La familia tardó dos años en aceptar la situación y manejo de fiebres altas, en este periodo convulsionó en dos ocasiones, lo que al parecer, provocó alteraciones de desarrollo psicomotrices y de lenguaje, en ambos recibió estimulación y rehabilitación. Actualmente, puede desplazarse libremente dentro y fuera de casa, así como comunicar sus necesidades; presenta dificultades de movilidad de lado izquierdo, coordinación gruesa y fina, expresión y comprensión de ideas complejas. En casa juega en solitario y cuando tiene la oportunidad de relacionarse con iguales se aísla. En casa presenta problemas de agresividad, aislamiento, berriches, excesos conductuales (reclamar castigos sin justificar) y negativas a realizar sus actividades.

Historia médica: Producto femenino, presentó infarto cerebral masivo, que ocasionó daño neurológico y problemas de desarrollo. Desde su nacimiento, hasta la fecha ha presentado:

- Fiebres altas en varias ocasiones, se controlaron con medicamento y baños.
- Convulsiones en los primeros años de vida, se controló con Carbamazepina y Epamin (solución-tabletas). El tratamiento se suspendió a los 10 años.
- Problemas visuales (astigmatismo-miopía), se remitió al oftalmólogo, que indicó uso de lentes, cuya graduación se debe evaluar cada dos años.
- Problemas de desfase de desarrollo físico (miembro torácico derecho), que derivó en constantes intervenciones quirúrgicas. corrección de postura y el pie en equino (seis años); estética de pie-mano y rehabilitación (8 años); alargamiento de tendones (pies-manos); rehabilitación (12 años) y colocación de Grapas de Brown y rehabilitación (14 años)
- En 2006 fue diagnosticada con Discapacidad Intelectual por el Instituto Nacional de Rehabilitación, quedando asentado en documentos oficiales.
- Actualmente cuenta con carta abierta de servicios en instituciones de salud, acude a consultas cuando es necesario o de emergencia.

Historia escolar: Berenice asistió a centros maternos, para disminuir problemas de retardo en el desarrollo, en preescolar, presentó problemas de distracción, en primaria sumo de comprensión y retención de contenidos, lenguaje (articulación) y visuales, en los problemas físicos se canalizó con especialistas y en los educativos recibió apoyo de USAER, que consistió en repaso y tareas. En secundaria, presentó problemas de comprensión, retención de contenidos, expresión, argumentación y tiempo de realización de tareas, se adecuaron contenidos y escalas de evaluación. A partir del informe final de USAER y el no lograr pasar el examen único de admisión a nivel medio superior, la familia está en constante búsqueda de apoyos, lo que explica su estancia en APAC (medio año) y el INR (seguimiento), el primero brindó orientación vocacional y el INR derivó a capacitación y rehabilitación laboral. En APAC de abandonó y en INR se pospuso.

Situación sociofamiliar: La situación familiar estuvo compuesta por Berenice, padres y hermanas mayores, hasta el año 2000 y 2007, fechas en que se casaron las hermanas, durante ese tiempo recibió apoyo por parte de todos sus familiares. Con la evidencia de la discapacidad, las relaciones se fueron modificando, marcándose afectivo-controladora con la madre, afectivo-permisivo con el padre, afectivo-permisiva y tensas-celotipias con las hermanas.



Situación actual

Habilidades intelectuales

| Áreas | Capacidades | Limitaciones |
|--|--|--|
| 1. Información | 1. Presenta conocimientos básicos vida-escolares. | Su CI en toda la escala equivale a 55 en cada subcategoría, presenta problemas de expresión, retención y funcionalidad de las habilidades. En acciones verbales se limita a indicar, las dificultades se incrementan en actividades de expresión, comprensión y lógicas - matemáticas. |
| 2. Semejanzas | 2. Es capaz de dar relaciones básicas | |
| 3. Aritmética | 3. Solo puede resolver problemas sencillos. | |
| 4. Vocabulario | 4. Hace mención de una sola característica. | |
| 5. Comprensión | 5. De ideas generales y en conocimientos primarios | |
| 6. Retención de dígitos | 6. Sólo con cifras de dos o tres dígitos. | |
| 1. Figuras incompletas | 1. Identifica diferencias de cualquier nivel. | Su CI en toda la escala equivale a 91. A mayor grado de complejidad es necesario mayor tiempo de identificación, ordenación, diseño y composición. Es decir, la complejidad de la actividad, va ligada a la calidad de ejecución y tiempo de realización. |
| 2. Ordenación de figuras | 2. Ordena con relación a situación y contexto. | |
| 3. Diseño de cubos | 3. Sólo logra realizar los diseños más sencillos. | |
| 4. Composición de objetos | 4. Sólo con partes de relación evidente. | |
| 5. Claves | 5. Realiza gran parte de la actividad correctamente. | |
| 6. Laberintos | 6. Sólo los de nivel bajo y medio. | |
| Las prueba de Goodenoug (1957) y Wechsler (1984) indican n nivel de madurez limítrofe: nivel inferior leve, CI de 71 y EM equivalente a “8.6” años. Por su parte el B.G. (Bneder, 1984) arrojó una edad de maduración de 7.1 y cu cociente de madurez de 0.46. Se identifican fortalezas en solución de problemas sencillos, bajo experiencias de aprendizajes anteriores, comparación de eficacia en actividades de ejecución y complejidad. Generalmente intenta y busca la solución, a medida que no realiza manifiesta que no puede o que ya se equivocó, busca guía o ayuda. Mientras que en las debilidades, destacan exceso de seguridad de ejecuciones y resultados, es necesario confrontarla. Presenta dificultades en tareas de razonamiento, lógica, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto y comprensión. Siguiendo al CIF (OMS, 2001) en los dominios de Funciones Corporal , se identificó deficiencia en <i>funciones mentales globales</i> (b114 orientación, b118 intelectuales y b122 psicosociales globales), <i>específicas</i> (b140 atención, b144 memoria, b164 cognitivas superiores, b168 lenguaje). | | |

Conducta adaptativa: habilidades conceptuales, sociales, prácticas y ocupacionales.

| Áreas | Capacidades | Limitaciones |
|----------------------------------|--|---|
| Psicomotora: coordinación fina | - Realiza actividades de precisión con destreza, aunque en tiempo considerable. Puede realizar actividades de pre-escritura sin complicación, | - Debido a problemas físicos tiene dificultad para desplazarse, en posición y alternando manos, no es capaz de alternar los pies, correr, caminar en puntas, saltar, mantener el equilibrio, etc. Problema para atrapar, eludir y patear objetos en movimiento. |
| Psicomotora: coordinación gruesa | - Puede caminar libremente y es capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda. Es capaz de coordinar sus movimientos de su cuerpo, dado que puede realizar sin ayuda, mínimos problemas para empujar, jalar y cargas objetos. | - En la realización de varias actividades, cabe destacar que se asocia a su condición física y que esta acostumbrada a realizar todo con una sola mano. Sólo utiliza ambas manos cuando extremadamente necesario. |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| CONCEPTUALES | | |
| Comunicación | - Responde a estímulos visuales, auditivos y patrones básicos de comunicación. utiliza correctamente estructuras gramaticales (pronombres personales, posesivos y artículos, así como fonemas, diptongos, grupos vocálicos y grupos consonánticos). | - Responde a estímulos táctiles con gente conocida, No puede estructurar frases, es poco expresiva y no puede mantener comunicación en otros medios. Cuando busca se expresarse evidencia problemas de fluidez, congruencia y errores de articulación. |
| Habilidades académicas funcionales | - Conoce conocimientos académicos. Discrimina colores, formas y tamaños, nociones temporales, espaciales y de lateralidad. Reconoce figuras geométricas y conceptos prenuméricas y su esquema corporal, abecedario, etc. Puede escribir, estructurar, leer y comprender frases simples y solucionar problemas simples. | - Problemas propios de las tareas, necesita guía constante para identificar solución o dar alternativas. En problemas algo complejos se evidencia problemas de comprensión y ejecución. Los conocimientos son poco significativos, no los recuerda y no son funcionales. |
| Autoregulación | - Tiene mínimas responsabilidades en casa y puede realizarlas, identifica sólo lo más relevantes a realizar en la semana, es capaz de dar su dirección particular. | - Muestra dificultad en recordar horarios y fechas, uso del calendario y reloj. Dependen en la planificación de sus actividades. |
| Salud y seguridad | - Reacciones instintivas ante el peligro, reconoce sensaciones de malestar, puede hacerse responsable de su medicación e identificar situaciones de riesgo. | - No comunica sus estados de salud, no puede actuar en situaciones de riesgo. No identifica fechas de vencimiento y descomposición de alimentos. |
| PRÁCTICAS | | |
| Autocuidado | - Es capaz de comer adecuadamente, utilizando los utensilios correctamente por separado, colabora en actividades, conoce la ubicación de alimentos y utensilios. Es capaz de ponerse-quitarle la mayoría de la ropa y es capaz de realizar actividades de higiene personal. Es capaz de coordinar sus movimientos en algunas acciones. | - Las dificultades identificadas son que lleva a cabo las actividades de manera parcial y problemas de tiempo, ejecución y no son funcionales, necesita indicación para que las realice. Las habilidades con menos dominio son en vestido y arreglo personal. |
| Vida en el hogar | - Es capaz de hacerse responsable de los cuidados de su ropa, además de cubrir de manera básica necesidades de alimentación. Es capaz de realizar actividades de higiene como barrer, trapear, sacudir, ordenar habitaciones, lavar trastes y realizar limpieza de cocina. | - Dificultades para planchar, reparar ropa, combinaciones. Es necesaria la supervisión. Los problemas en higiene son de ejecución, tiempo y supervisión. Presenta problemas de solución de situaciones de riesgo y actividades complejas. |
| Trabajo | - Es capaz de seguir instrucciones simples, es capaz de cuidar materiales y mantener en orden sus espacios, aceptar indicaciones, cumplir normas establecidas, pedir ayuda y solicitar autorizaciones. | - No conoce actividades profesionales, no es capaz de recordar secuencias complejas, en ocasiones no atiende completamente demandas, no presenta habilidades sociales con superiores. Es dependiente en respetar horarios y avisos, enfrentar situaciones problemáticas y desplazarse fuera de casa. |
| SOCIALES | | |
| Habilidades sociales | Presenta y responde a gestos sociales básicos y normas básicas de cortesía. Puede diferenciar pautas en diferentes entornos y adaptarse a ellas. De manera general es capaz | Es pasiva y desempeña roles impuestos por otros, en todos sus entornos es poco expresiva, no utiliza los componentes de la comunicación, ni busca iniciar |

| | | |
|---------------------|---|--|
| | de reconocer y respetar autoridades, Muestra cierto agrado por situaciones novedosas de manera individual. Responde de manera congruente y positiva en diversas situaciones con gente conocida. | relaciones y no se defiende o denuncia agresiones. No es capaz de organizar sus actividades sociales y no muestra interés grupos de iguales. Muestra bajo nivel de responsividad y se limita a contestar lo necesario. |
| Ocio y tiempo libre | Participa en juegos tradicionales y de mesa sólo con familiares, sus actividades preferidas en el hogar son la televisión, escuchar música, acomodar sus cosas y estar en su recámara. Sus salidas al exterior son porque está inscrita en actividades deportivas y artísticas. | No es capaz de conectarse a entorno fuera de casa, las únicas relaciones son con familiares, no accede a todo los servicios de la comunidad. Confusión en actividades de responsabilidad y preferidas, no sabe cómo manejar su tiempo. |

Siguiendo al CIF (OMS, 2001) en los dominios de **Actividad y Participación**, se *identificó* limitaciones en el desempeño y realización de las siguientes actividades: *aprendizaje y aplicación de conocimientos: sensoriales intencionadas* (d110 mirar y d115 escuchar); *aprendizajes básicos* (adquisición de habilidades); *aplicación del conocimiento* (d160 centrar la atención, d163 pensar, resolver problemas y d178 tomar decisiones); *tareas y demandas generales* (d220 realizar múltiples tareas, d230 realizar rutinas diarias); *comunicación*: en producción de mensajes (d330 habla, d345 mensajes escritos), y conversación y técnicas de comunicación (d350 conversación, d355 discusión); *movilidad*: para cambiar y mantener la posición del cuerpo (d410 cambiar las posturas corporales básicas y d415 mantener la posición del cuerpo), uso de objetos ((d435 mover objetos con las extremidades inferiores, d440 uso fino de la mano); *cuidado personal* (d510 lavarse, d520 cuidado de partes del cuerpo, d540 vestirse, d550 comer, d570 cuidado de la salud propia y d598 cuidado personal), *vida doméstica*: en adquisición de lo necesario (d620 bienes y servicios), en tareas del hogar (d630 comidas y d640 quehaceres), en cuidado de pertenencias y ayuda a otros (d650, d660 y d698),

Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales.

| Área | Descripción |
|--|--|
| Cómo la persona interacciona con el mundo. | Tiene conocimiento y puede poner en juego las habilidades básicas necesarias para interactuar con el mundo material y social en varios contextos y realizar tareas de acuerdo a su edad. Muestra y responde a gestos sociales básicos. Además, es capaz de reconocer y respetar pautas en diferentes entornos y adaptarse a ellas. |
| Roles sociales y actividades normales para su grupo de edad. | Se desenvuelve en situaciones cotidianas y con personas familiares, realiza roles impuestos, su vida se limita al contexto familiar. Si se le da la oportunidad y brindan espacios, puede realizar varios roles y actividades de acuerdo a su edad. Para ello es necesarios adecuaciones a sus características y necesidades. |

Entre las oportunidades se próxima asistencia a instituciones recreativas y educativas laborales y participación áreas vitales básicas. Por su parte en las limitaciones se identifican dificultad para organizar sus actividades sociales, bajo nivel de responsividad, asilamiento y negatividad.

Siguiendo al CIF (OMS, 2001) en los dominios de *Actividad y Participación*, se *identificó* limitaciones en el desempeño y realización de las siguientes actividades: *interacciones y relaciones con otros generales* (d710 *interpersonales básicas* e d720 *interacciones complejas*), *interacciones interpersonales* (d730 con extraños, d740 formales, d750 informales y d770 relaciones íntimas); *principales áreas de vida en educación* (d810 informal y d820 escolar), *trabajo y empleo* (d840 aprendizaje y preparación para el trabajo y d855 trabajo no remunerado) y *vida económica* (d860 transacciones económicas básicas y d865 transacciones económicas complejas); *vida comunitaria, social y cívica* (d910 vida comunitaria, d920 recreo y ocio y d940 derechos humanos)

Dimensión IV: Salud física, mental y etiología

Salud física: Estado de salud estable. Problemas visuales, de comunicación, coordinación y obesidad. Actualmente acude con varios especialistas (ortopedista, neurólogo, oftalmólogo) en el INR para valorar el desarrollo y asesoramiento pedagógico.

Salud mental El Test gestáltico visomotor, arrojó retraimiento, inhibición de la espontaneidad, ansiedad-timidez sobre si mismo y agresión-hostilidad al ambiente. El Test de la Figura Humana, arrojó desvalorización, posturas idealistas y tendencia regresiva. El Test del Dibujo de la Familia arrojó incapacidad para afirmarse, sentimientos de fracaso y problemas en la dinámica familiar, reafirmó expansión imaginativa y tendencia al pasado. El Test de Frases Incompletas, indicó una actitud hacia la madre ambivalente; una actitud hacia el padre idealista, tendencias conflictivas con las hermanas y sentimientos de preocupación por su futuro. En suma, problemas emocionales y conflictos familiares considerables que están afectando su autoestima y personalidad. Es necesario trabajar sus posturas idealistas y regresiones.

Etiología primaria: La etiología principal es biomédica, las secundarias son sociales: nivel cultural de padres, nivel socioeconómico, estructura y dinámica familiar; conductuales: actividades peligrosas que se puedan presentar en casa o escuela constante -dependencia, no rutina, etc. y educativas: asistencia educación especial, trabajos no continuo en el desarrollo general mental, habilidades adaptativas, etc.

Siguiendo al CIF (OMS, 2001) en los dominios de **funciones corporales**, se identificó deficiencia en las **funciones mentales globales** b126 (temperamento y personalidad) y **específicas** (b152 emocionales); **funciones sensoriales y del dolor de vista** (b210 funciones visuales) y **sensoriales adicionales** (b250 gustativa y b270 estímulos); **funciones de la voz y del habla** (b310 voz y b330 fluidez-ritmo del habla); y **funciones neuromúsculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento de articulaciones y huesos** (b710 movilidad de articulaciones) **musculares** (b730 fuerza muscular, y b740 resistencia muscular) y **del movimiento** (b770 marcha y b780 funciones del movimiento). en los dominios de **estructuras corporales**, se identificó deficiencia en **estructuras del sistema nervioso** (s110 cerebro), y estructuras **relacionadas con el movimiento** (s730 extremidades inferiores, s740 región pélvica y s750 extremidades inferiores).

Dimensión V: Contexto

| Áreas | Capacidades | Limitaciones |
|---------------------|--|---|
| Condiciones de vida | La vivienda es propia, aunque es compartida con parte de la familia materna externa, cada familia nuclear cuenta con todos los servicios y estancias propias adecuadas de habitabilidad. La casa responde a las necesidades de Berenice, cuenta con espacios suficientes para cada uno de los integrantes. La comunidad es reconocida como zona urbana que cuenta con todos los servicios. | Limitadas experiencias novedosas, alto nivel de exigencia, actividades constantes y poca ayuda u orientación brindada. Esto contribuye el desinterés por otras actividades, conocimientos básicos y relaciones con personas de su edad. |
| Educativo y trabajo | La próxima asistencia a centros educativos, implicará desarrollo de habilidades para desenvolverse en ambientes, así como ofrecerán formación pre-laboral, situaciones novedosas y relaciones con iguales.. | |

Siguiendo al CIF (OMS, 2001) en *los Factores Ambientales*, Familia inmediata (e310) presentan un facilitador en relaciones personales y vida comunitaria y es una barrera por la ambivalencia en la dinámica familiar. Las actitudes individuales de miembros de la familia inmediata (e410) presentan una barrera, por sus expectativas sumamente positivas lo anterior se ve reforzado por las actitudes individuales de amigos (e420), la falta de conocimiento y algunas actitudes de extraños (e445) e ideologías sociales (e465) incurren en la familia una desorientación, búsqueda constante de apoyos para Berenice y abandono de intervenciones necesarias para el desarrollo de Berenice. En suma, se identifican influencias externas relacionadas con no asistencia a instituciones recreativas y educativas pre-laborales e influencias internas, relacionadas con los intereses y expectativas (inalcanzables) personales de Berenice. Lo que condiciona que un impacto de facilitadores y barreras ambivalente, por el desfase entre apoyos y reconocimiento de capacidades; atributos personales y familiares y desorientación en las expectativas reales.

Identificación de necesidades

Los resultados de las evaluaciones indicaron que se tuvo complicaciones en el momento del parto por bacterias (Toxoplasmosis en Alinne y meningoencefalitis en Berenice) que ocasionaron infarto cerebral masivo y derivaron en retraso mental, problemas de lenguaje, visuales y de desarrollo. Por su parte, el resultado de rehabilitaciones y procesos educativo no fue del todo exitoso, no lograron adquirir aprendizajes básicos escolares y dominar habilidades adaptativas. Actualmente en gran parte de las actividades de la vida diaria son dependientes de familiares, requieren indicación, supervisión y ayudas. Son mínimas las habilidades que están en proceso de dominio y funcionalidad. En suma, de manera específica ambos casos presentan necesidades relacionadas con:

Capacidades básicas:

- Necesitan superar perturbaciones emocionales.
- Necesitan ajuste sobre necesidades y potencialidades.
- Necesitan educación sexual acorde a su nivel de cognición y lenguaje.
- Necesitan dominar y coordinar los movimientos de su cuerpo
- Necesitan perfeccionar su repertorio verbal-vocal y desarrollar su expresión.
- Necesitan perfeccionar habilidades básicas: mantenimiento de atención y seguimiento de instrucciones.
- Necesitan sistemas de reglas estables, para disminuir problemas de conducta.
- Necesitan estrategias de estructuración de información y razonamiento.
- Necesitan desarrollar habilidades adaptativas.
- Necesitan potenciar su capacidad de relación social.
- Necesitan desarrollar autonomía personal en ambiente familiar.
- Necesitan regulación de su propio comportamiento en rutinas diarias.
- Necesitan educación laboral acorde a sus posibilidades.
- Necesitan aplicar las habilidades para potenciar su integración social.

Entorno:

- Necesita instrucciones claras y precisas.
- Necesita realizar tareas concretas, cortas y motivadoras.
- Necesita realizar las actividades en la medida de lo posible.
- Necesita refuerzo social de sus logros.
- Necesita aspectos conductuales en las áreas de desarrollo.
- Necesita un ambiente de enseñanza estructurado y dirigido.
- Necesita entornos que proporcionen oportunidades.
- Necesitan experiencias que le permita conocerse a sí mismo y fomentar todas sus potencialidades.
- Necesitan entornos que fomenten el bienestar físico, material, social, cognitiva y educativo/laboral.
- Necesitan entornos que promuevan estabilidad, tener cierto control sobre el y todo lo que les rodea.
- Necesitan oportunidades que fomenten el desarrollo personal.

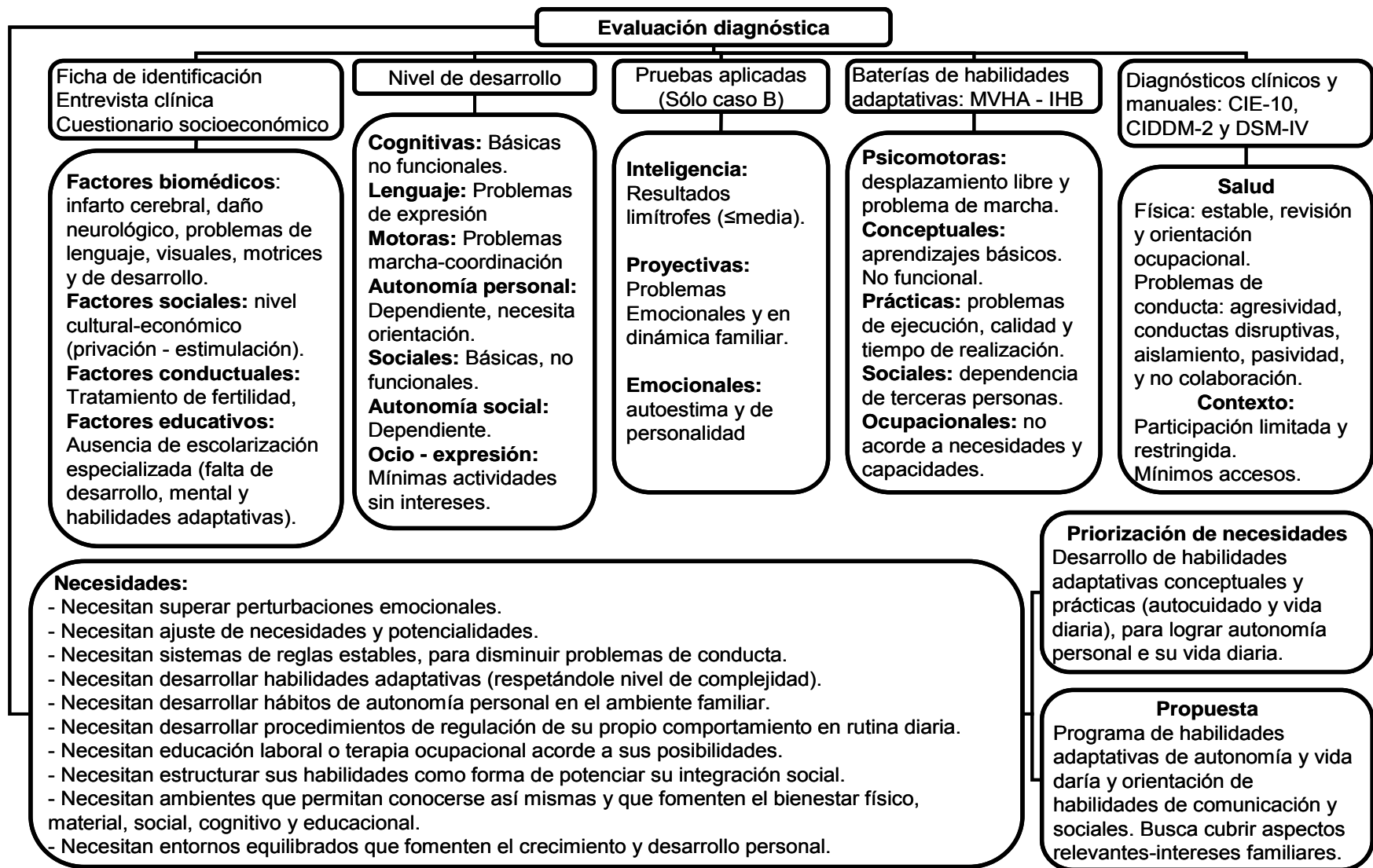


Figura 3.1. Conclusiones de la evaluación diagnóstica

Propuesta de intervención

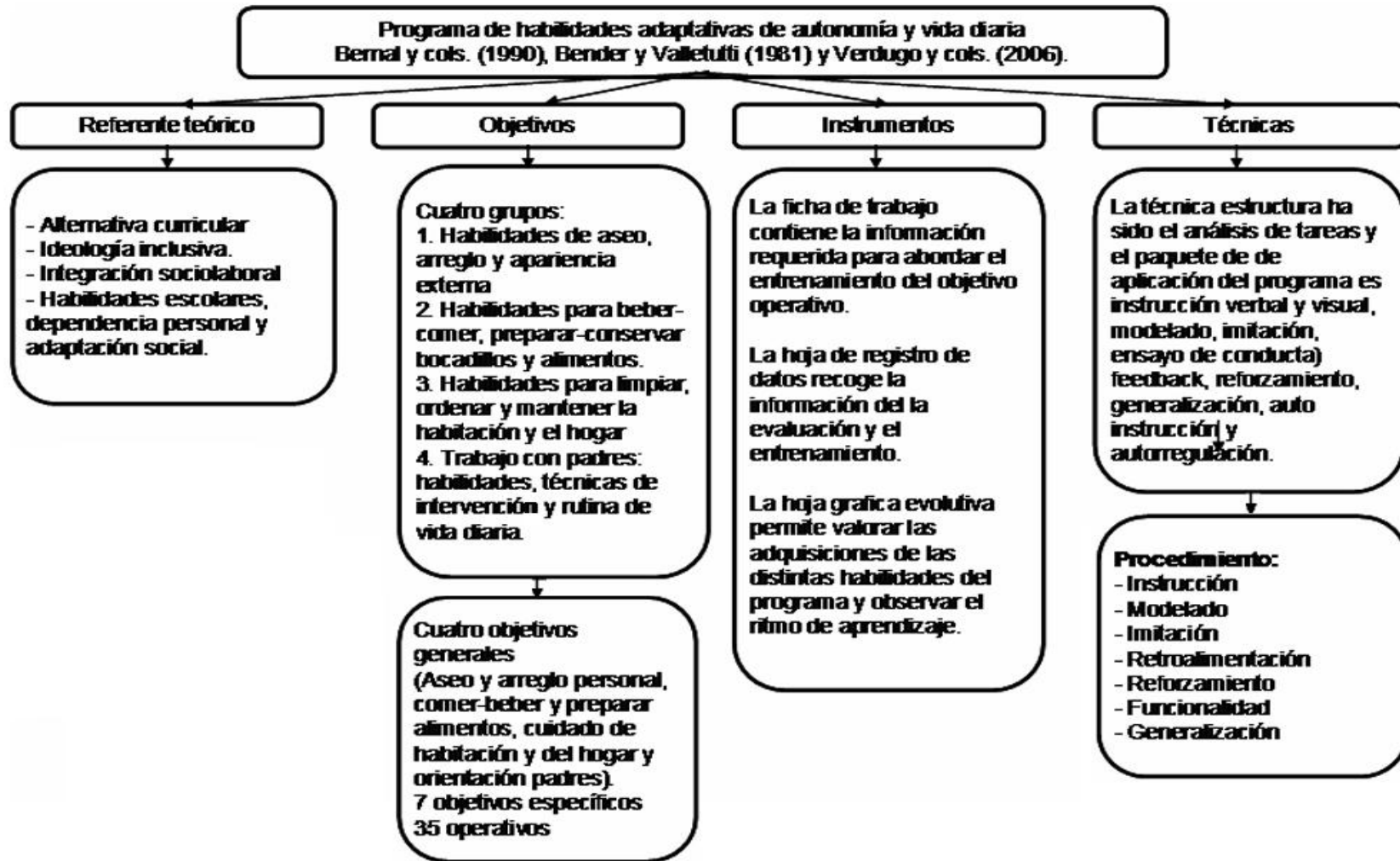


Figura 3.2. Propuesta de intervención

Programa de Habilidades Adaptativas

Para complementar la información obtenida en las evaluaciones diagnósticas y antes del entrenamiento se decidió determinar la tendencia de las habilidades de autonomía y vida diaria, es decir, se sacó la línea base en las habilidades de cada participante. Para ello, primeramente se reestructuró y marcó la rutina de vida en cada participante, posteriormente se observó y registró con ayuda de las madres de las participantes el nivel ejecutivo y funcional de las habilidades a entrenar por un periodo de seis días. El número de observaciones y registro varía por tipo de habilidad y participante, con relación a las habilidades se identifican un promedio de 17 observaciones-registros (mínimo 6 y máximo 29) con relación a la rutina de vida de cada participante y representó por resultados promedio obtenidos por día.

Los criterios calificativos usados en el nivel ejecutivo y funcional fueron los siguientes: 0 para las conductas-habilidades que no lograron hacer, 1 para las conductas-habilidades que lograron hacer parcialmente o con algún tipo de ayuda y 2 para las conductas habilidades que lograron hacer de manera autónoma. Determinar la línea base a nivel ejecutivo-funcional en las habilidades adaptativas de autonomía y vida diaria ayudó a identificar la tendencia de las mismas, saber el punto de partida de las participantes y decidir las habilidades a reforzar, reeducar y enseñar en cada una de las participantes

Una vez establecida la línea base, se pasó al entrenamiento propiamente dicho y su evaluaciones sucesivas. El entrenamiento se marcó por las características marcadas en la línea base con relación a la observación y registro de los niveles ejecutivos y funcionales en las participantes de investigación, con la particularidad de que se tuvo estrecha relación con la individualidad de cada una de ellas y las características de su entorno familiar. El entrenamiento duró seis meses, lo que equivale a 24 semanas de entrenamiento haciendo un total de 72 sesiones de dos horas cada una. La intervención se caracterizó por tres sesiones a la semana, los lunes habilidades de aseo y arreglo personal, los miércoles habilidades de comida y alimentación, y los viernes habilidades de cuidado de pertenencias y del hogar.

La evolución del entrenamiento se caracterizó por entrenar las habilidades durante tres semanas consecutivas y en la cuarta valorar su repercusión en la tendencia a nivel ejecutivo-funcional. En este sentido las semanas 4, 8, 12, 16 y 20 corresponden a las semanas de evaluaciones, el resto son de entrenamiento y finalmente la semana 24 corresponde a la post-evaluación, la cual se marcó por las características de la línea base y entrenamiento.

Tabla 3.1. Cronograma del programa de intervención

| Competencia | Línea base | | | | | | Programa | | | |
|-------------------|------------|----|----|----|----|----|----------|------|------|------------------|
| | L | M | M | J | V | S | Semanas | | | |
| Aseo personal | 29 | 19 | 20 | 7 | 13 | 19 | E 1 | E 2 | E 3 | E 4 1ª Eval. |
| Arreglo personal | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | E 5 | E 6 | E 7 | E 8 2ª Eval. |
| Comida | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | E 9 | E 10 | E 11 | E 12 3ª Eval. |
| Alimentación | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | E 13 | E 14 | E 15 | E 16 4ª Eval. |
| Pertenencias | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 9 | E 17 | E 18 | E 19 | E 20 5ª Eval. |
| Cuidado del hogar | 10 | 20 | 6 | 22 | 21 | 8 | E 21 | E 22 | E 23 | E 24 Eval. Final |

Nota: En la columna de competencia se enlistan las seis habilidades a entrenar en el programa de intervención, en la columna de línea base las letras L, M, M, J, V y indican los días de la semana lunes a sábado, los números relacionados entre columna de competencia y línea base indica el número de observaciones-registro realizado. En la columna de programa E simboliza entrenamiento, los número indica la sesión y Eval., se refiere a las valoraciones sucesivas y final.

El programa ésta en estrecha relación con el diseño de investigación experimental de caso único (n=1) desde el modelo básico AB, donde en la fase A se observan y toman registros repetitivos [O₁, O₂ O₃ etc.] de la conducta (en este caso habilidades de autonomía y vida diaria) hasta valorar una clara tendencia, mejor conocido como línea base; en la fase B se aplica el entrenamiento produciéndose la Intervención en ella se siguen tomando medidas de las conductas [O₄, O₅ O₆, etc.] para identificar la estabilidad o cambios en la tendencia y el patrón conductual; finalmente en la misma fase B valorar realizar una postevaluación (Arnau, 1990).

El procedimiento permite observar la comparación de resultados e identificar el incremento, decremento, mantenimiento y altibajos en las tendencias (Bautista, Fernández y Sampieri, 2006), en éste caso los resultados indicaron la repercusión de la intervención al evidenciarse incremento en el dominio y funcionalidad en habilidades de autonomía y vida diaria. Los resultados a detalle se marcan en los siguientes análisis, en las Figuras 3.2. a 3.11. y las Tablas 3.2 a 3.8.

Resultados individuales

Nivel ejecutivo

El objetivo específico 1.1, es el relacionado con actividades de **aseo personal**, se compone de siete habilidades y cada una de un número de conductas a ejecutar. Es decir, en el objetivo 1.1, se valoraron 18 conductas en aseo de manos, 20 conductas en aseo de cara, 30 conductas en aseo de boca, 25 conductas en aseo de cabello, 20 conductas en peinado, 15 conductas en maquillaje y 20 conductas en cuidados íntimos. En el objetivo 1.1, se evaluaron 148 conductas.

En la **evaluación inicial**, de las 148 conductas Alinne realizó 31 conductas sola, 32 conductas de manera parcial y 85 conductas no realizó, lo que equivale al 20.94% de dominio. Berenice realizó 52 conductas sola, 44 conductas de manera parcial y 52 conductas no realizó, lo que equivale al 35.13% de dominio. Los resultados implicaron en Alinne enseñar maquillaje y cuidados íntimos y reeducar aseo de manos, cara, boca, cabello y peinado; y en Berenice enseñar peinado y maquillaje y reeducar aseo de manos, cara, boca, cabello y cuidados íntimos.

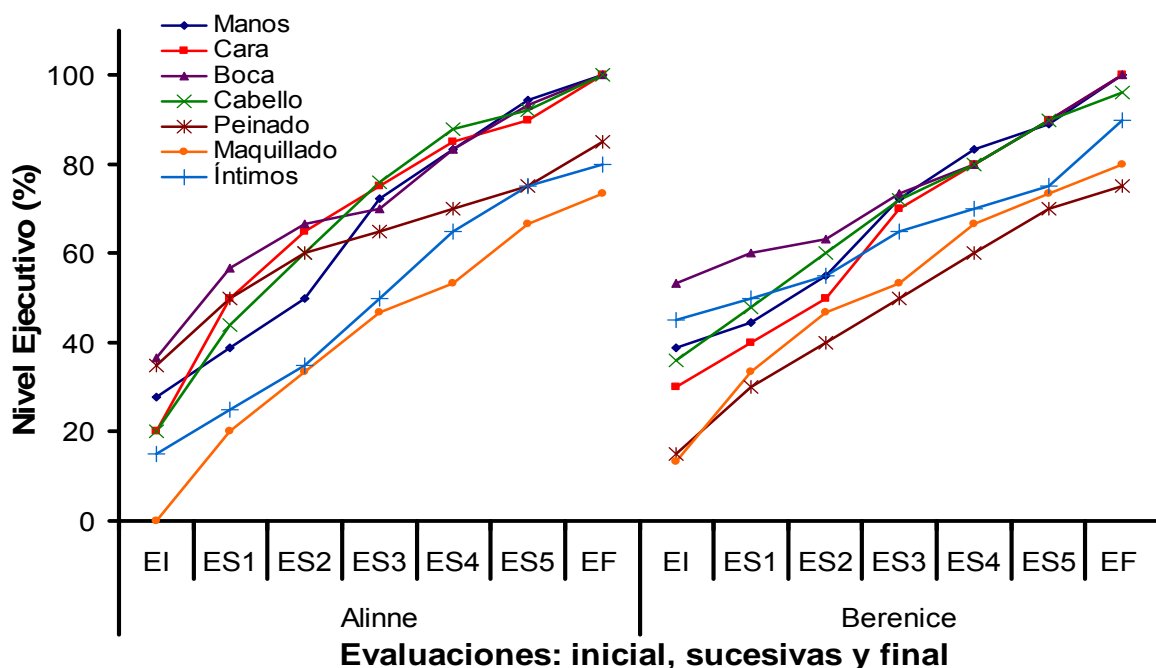


Figura 3.3. Proceso del programa: habilidades de aseo personal

En la **evaluación final**, Alinne logró 100% de dominio en el aseo de manos, cara, boca y cabello, 85% de dominio en el peinado, 73% de dominio en el maquillaje y 65% dominio en cuidados íntimos. Berenice logró 100% de dominio en aseo de manos, cara, boca y cabello, 90% de dominio en cuidados íntimos, 80% de dominio en maquillaje y 75% de dominio en peinado. De las 148 conductas en habilidades de aseo personal Alinne y Berenice realizaron 137 solas y 11 de manera parcial, lo que equivale a 92.56% de dominio. La evolución del dominio en habilidades de aseo personal, puede observarse en la Figura 3.2., y la comparación de resultados al iniciar y finalizar el entrenamiento en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2. Evaluación inicial-final: habilidades de aseo.

| Tipo de habilidades de aseo | Participantes | Evaluación inicial | | | | | | Evaluación final | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------|----|-------|---|------------|----|------------------|----|-------|---|
| | | Sola | | Ayuda | | No realizó | | Sola | | Ayuda | |
| | | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B |
| Aseo de manos | | 5 | 7 | 4 | 7 | 9 | 4 | 18 | 18 | - | - |
| Aseo de cara | | 4 | 6 | 4 | 5 | 12 | 9 | 20 | 20 | - | - |
| Aseo de dientes | | 10 | 16 | 8 | 5 | 12 | 9 | 30 | 30 | - | - |
| Aseo de cabello | | 5 | 9 | 6 | 9 | 14 | 7 | 25 | 24 | - | 1 |
| Peinado | | 7 | 3 | 7 | 6 | 6 | 11 | 17 | 15 | 3 | 5 |
| Maquillaje | | - | 2 | - | 5 | 15 | 8 | 11 | 12 | 4 | 3 |
| Menstruación | | - | 9 | 3 | 7 | 17 | 4 | 16 | 18 | 4 | 2 |

Nota: En las categorías: sola, ayuda, no realizó, los datos de la columna A corresponde a Alinne y los datos de la columna B corresponde a Berenice.

El objetivo específico 1.2, es el relacionado con actividades de **arreglo personal**, se compone de cinco habilidades y cada una de un número de conductas a ejecutar. Es decir, en el objetivo 1.2, se valoraron 14 conductas en ropa interior, 14 conductas en ropa cerrada, 14 conductas en ropa de cierres, 14 conductas en ropa de botones y 30 conductas en colocación de diversos zapatos (cerrado, hebilla, tenis, etc.). En el objetivo 1.2, se evaluaron 86 conductas.

En la **evaluación inicial**, de las 86 conductas Alinne realizó 24 conductas sola, 33 conductas de manera parcial y 29 conductas no realizó, lo que equivale al 27.90% de dominio. Berenice realizó 35 conductas sola, 41 conductas de manera parcial y 10 conductas no realizó, lo que equivale al 40.69% de dominio. Los resultados implicaron en Alinne enseñar ropa de botones y zapatos y reeducar ropa interior, superior y cierres; y en Berenice reeducar las habilidades de arreglo personal.

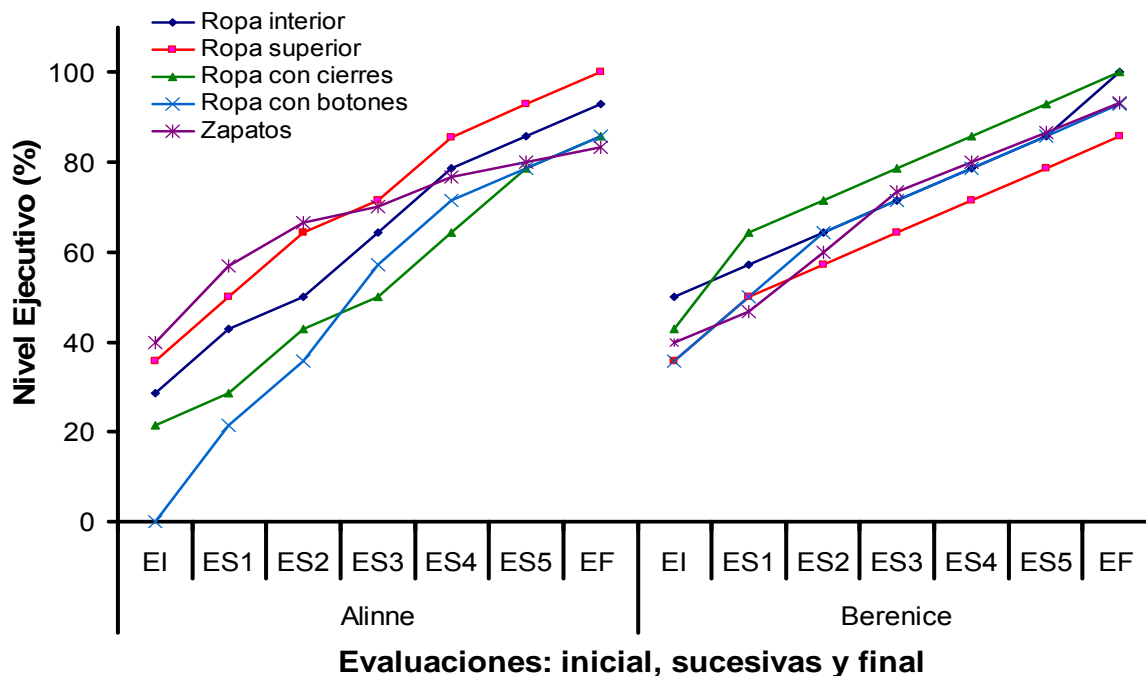


Figura 3.4. Proceso del programa: habilidades de arreglo personal

En la **evaluación final**, Alinne logró 100% de dominio en ropa superior, 92.85% de dominio en ropa interior, 85.71% de dominio en ropa de cierres y botones y 83.33% de dominio en zapatos. Berenice logró 100% de dominio en ropa interior y cierres, 93.33% de dominio en zapatos, 92.85% en ropa de botones y 85.71% en ropa cerrada. De las 86 conductas Alinne realizó 76 sola y 10 de manera parcial, lo que equivale al 88.37% de dominio; Berenice realizó 81 sola y 5 de manera parcial, lo que equivale a 94.18% de dominio. La evolución del dominio de habilidades de arreglo personal, puede observarse en la Figura 3.3., y la comparación de resultados al iniciar y finalizar el entrenamiento en la Tabla 3.3.

Tabla 3.3. Evaluación inicial-final: habilidades de arreglo personal

| Tipo de habilidades de vestido | Participantes | Evaluación inicial | | | | | | Evaluación final | | | |
|--------------------------------|---------------|--------------------|----|-------|----|------------|---|------------------|----|-------|---|
| | | Sola | | Ayuda | | No realizó | | Sola | | Ayuda | |
| | | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B |
| Ropa interior | | 4 | 7 | 4 | 7 | 6 | - | 13 | 14 | 1 | - |
| Ropa superior cerrada | | 5 | 5 | 7 | 7 | 2 | 2 | 14 | 12 | - | 2 |
| Ropa superior de cierres | | 3 | 6 | 7 | 8 | 4 | - | 12 | 14 | 2 | - |
| Ropa superior de botones | | - | 5 | 7 | 9 | 7 | - | 12 | 13 | 2 | 1 |
| Zapatos | | 12 | 12 | 8 | 10 | 10 | 8 | 25 | 28 | 5 | 2 |

Nota: En las categorías: sola, ayuda, no realizó, los datos de la columna A corresponde a Alinne y los datos de la columna B corresponde a Berenice.

El objetivo específico 2.1, es el relacionado con actividades de **planificación y preparación de alimentos**, se compone de siete habilidades y cada una de un número de conductas a ejecutar. Es decir, en el objetivo 2.1, se valoraron 15 conductas en identificación de alimentos, 15 conductas en uso de utensilios, 30 conductas en uso de electrodoméstico, 15 conductas en planificación de alimentos, 40 conductas en preparación de alimentos (20 conductas al preparar bocadillos y 20 conductas al preparar alimentos) y 20 conductas en limpieza. En el objetivo 2.1, se evaluaron 135 conductas.

En la **evaluación inicial**, de las 135 conductas Alinne realizó 14 conductas sola, 36 conductas de manera parcial y 85 conductas no realizó, lo que equivale al 10.37% de dominio. Berenice realizó 28 conductas sola, 67 conductas de manera parcial y 40 conductas no realizó, lo que equivale al 20.74% de dominio. Los resultados implicaron en ambos casos enseñar habilidades de planificación y preparación de alimentos (c/s fuego) y reeducar habilidades de identificación de alimentos, uso de utensilios y electrodomésticos y limpieza espacios utilizados.

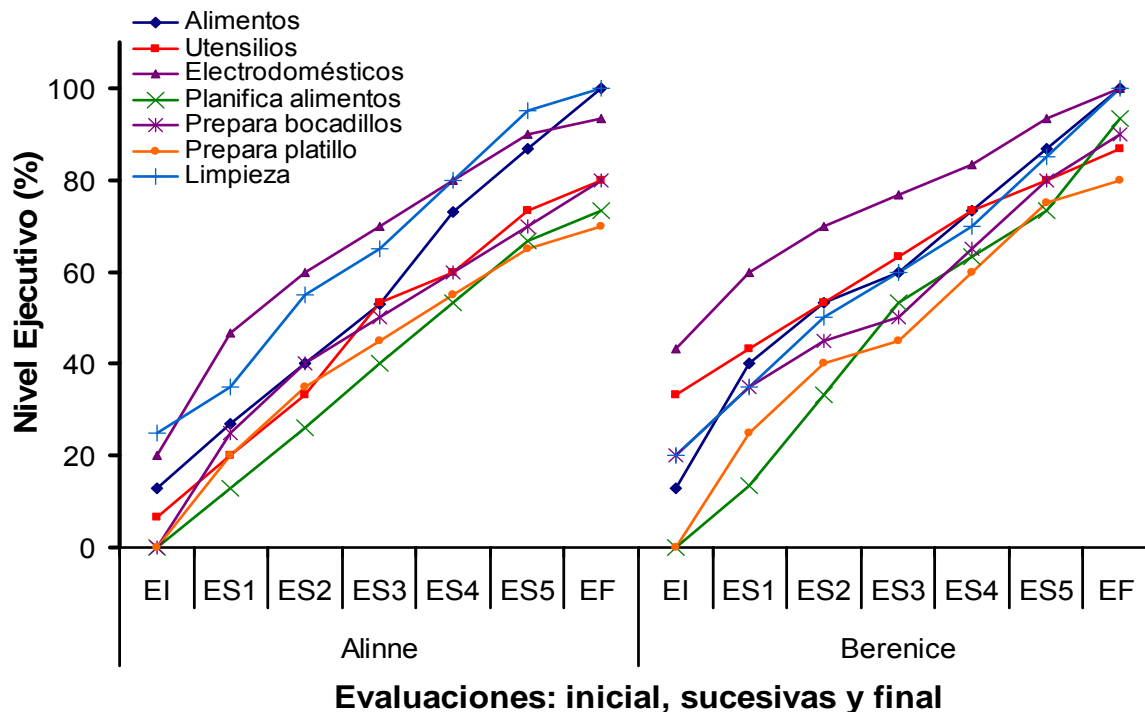


Figura 3.5. Proceso del programa: habilidades de preparación de alimentos

En la **evaluación final**, Alinne logró 100% en identificación y limpieza, 93.33% en uso de electrodomésticos, 80% en uso de utensilios y preparar bocadillo, 73.33 en planificación y 70% en preparar platillo. Berenice, logró 100% en identificación, uso de electrodomésticos y limpieza, 93.33% en uso de utensilios, 90% en preparar bocadillos y 80% en planificación y preparar paltillos. De las 135 conductas Alinne realizó 117 sola y 18 de manera parcial, lo que equivale al 86.66% de dominio; Berenice realizó 125 sola y 10 de manera parcial, lo que equivale a 92.59% de dominio. La evolución del dominio de habilidades puede observarse en la Figura 3.4., y la comparación de resultados en la Tabla 3.4.

Tabla 3.4. Evaluación inicial-final: habilidades de preparación de alimentos

| Tipo de habilidades de alimentos | Participantes | Evaluación inicial | | | | | | Evaluación final | | | |
|----------------------------------|---------------|--------------------|----|-------|----|------------|----|------------------|----|-------|---|
| | | Sola | | Ayuda | | No realizó | | Sola | | Ayuda | |
| | | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B |
| Alimentos | | 2 | 2 | 6 | 7 | 7 | 6 | 15 | 15 | - | - |
| Utensilios | | 1 | 5 | 3 | 7 | 11 | 3 | 12 | 13 | 3 | 2 |
| Electrodomésticos | | 6 | 13 | 2 | 8 | 22 | 9 | 28 | 30 | 2 | - |
| Planificar | | - | - | - | 5 | 15 | 10 | 12 | 13 | 3 | 2 |
| Aperitivos | | - | 4 | 13 | 11 | 7 | 5 | 16 | 18 | 4 | 2 |
| Platillo | | - | - | 8 | 18 | 12 | 2 | 14 | 16 | 6 | 4 |
| Limpieza | | 5 | 4 | 4 | 11 | 11 | 5 | 20 | 20 | - | - |

Nota: En las categorías: sola, ayuda, no realizó, los datos de la columna A corresponde a Alinne y los datos de la columna B corresponde a Berenice.

El objetivo específico 2.2, es el relacionado con actividades de **alimentación**, se compone de cuatro habilidades y cada una de un número de conductas a ejecutar. Es decir, en el objetivo específico 2.2, se valoraron 15 conductas en identificación y uso de utensilios, 15 conductas en disposición de mesa, 20 conductas durante la comida y 20 conductas en la conservación. En el objetivo específico 2.2, se evaluaron 70 conductas.

En la **evaluación inicial**, de las 70 conductas Alinne realizó 16 conductas sola, 21 conductas de manera parcial y 33 conductas no realizó, lo que equivale al 22.85% de dominio. Berenice realizó 20 conductas sola, 21 conductas de manera parcial y 29 no realizó, lo que equivale al 28.57% de dominio. Los resultados implicaron reeducar todas las habilidades en ambos casos, se reforzó uso de utensilios, conservación y reeducó disponer la mesa y buenas conductas al comer.

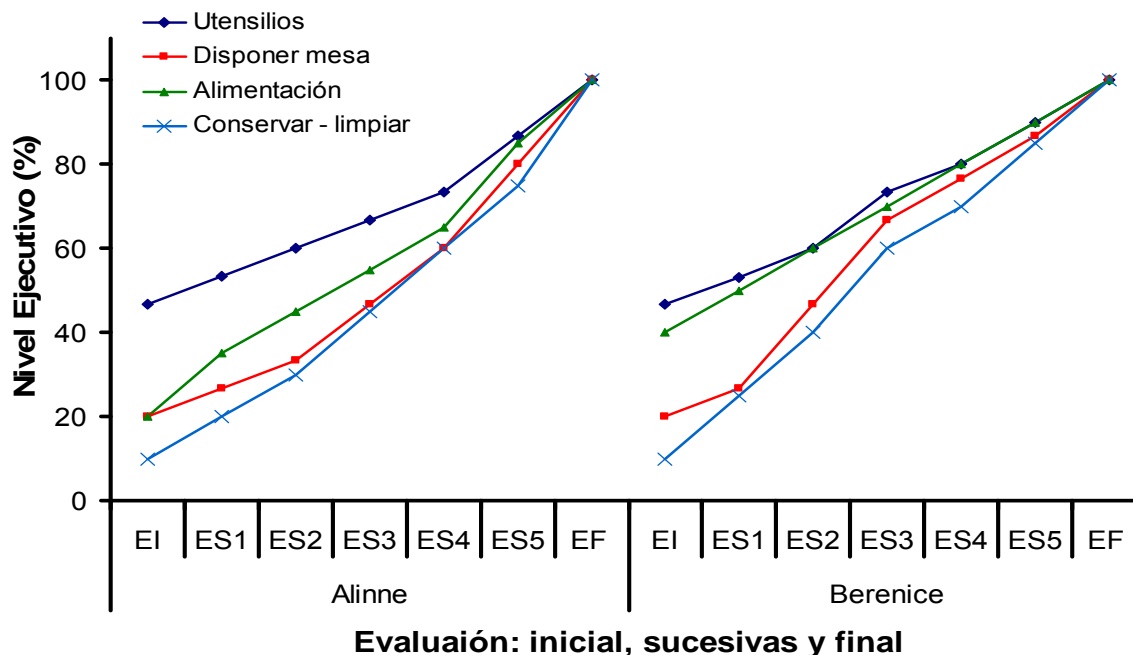


Figura 3.6. Proceso de programa: habilidades de alimentación

En la **evaluación final**, Alinne logró el 100% en las cuatro habilidades, aunque persisten dificultades al disponer la mesa y buenas conductas durante las comidas y Berenice logró el 100% en las cuatro habilidades, aunque persisten dificultades al disponer la mesa. El avance se vio ligado por el entrenamiento de habilidades de preparación de alimentos. Alinne y Berenice realizaron las 70 conductas de las habilidades de alimentación de manera autónoma, lo que equivale al 100.00% de dominio, aunque requieren corrección de errores. La evolución del dominio de habilidades de cuidado de pertenencias, puede observarse en la Figura 3.5., y la comparación de resultados al iniciar y finalizar el entrenamiento en la Tabla 3.5.

Tabla 3.5. Evaluación inicial-final: habilidades de alimentación

| Tipo de habilidades de alimentación | Participantes | Evaluación inicial | | | | | | Evaluación final | | | |
|-------------------------------------|---------------|--------------------|---|-------|---|------------|----|------------------|----|-------|---|
| | | Sola | | Ayuda | | No realizó | | Sola | | Ayuda | |
| | | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B |
| Utensilios | | 7 | 7 | 3 | 3 | 5 | 5 | 15 | 15 | - | - |
| Disponer mesa | | 3 | 3 | 5 | 4 | 7 | 8 | 15 | 15 | - | - |
| Alimentación | | 4 | 8 | 8 | 8 | 8 | 4 | 20 | 20 | - | - |
| Conservación | | 2 | 2 | 5 | 6 | 13 | 12 | 20 | 20 | - | - |

Nota: En las categorías: sola, ayuda, no realizó, los datos de la columna A corresponde a Alinne y los datos de la columna B corresponde a Berenice.

El objetivo específico 3.1, es el relacionado con actividades de **cuidado de pertenencias**, se compone de cinco habilidades y cada una de un número de conductas a ejecutar. Es decir, en el objetivo 3.1, se valoraron 10 conductas en uso de utensilios de limpieza, 25 conductas en aseo de zapatos, 15 conductas en conservación de ropa, 15 conductas en limpieza de habitación y 15 conductas en el programa de limpieza. En el objetivo específico 3.1, se evaluaron cinco habilidades y un programa de limpieza, lo que equivale a 80 conductas.

En la **evaluación inicial**, de las 80 conductas Alinne realizó 8 conductas sola, 12 conductas de manera parcial y 60 conductas no realizó, lo que equivale al 10% de dominio. Berenice realizó 18 conductas sola, 28 conductas de manera parcial y 34 conductas no realizó, lo que equivale al 22.5% de dominio. Los resultados implicaron en Alinne enseñar limpieza de zapatos, conservación de ropa, adaptar el programar a su rutina de vida y reeducar uso de utensilios y limpieza de habitación; en Berenice se adaptó el programa a su rutina de vida y reeducó todas las habilidades de cuidado de pertenencias.

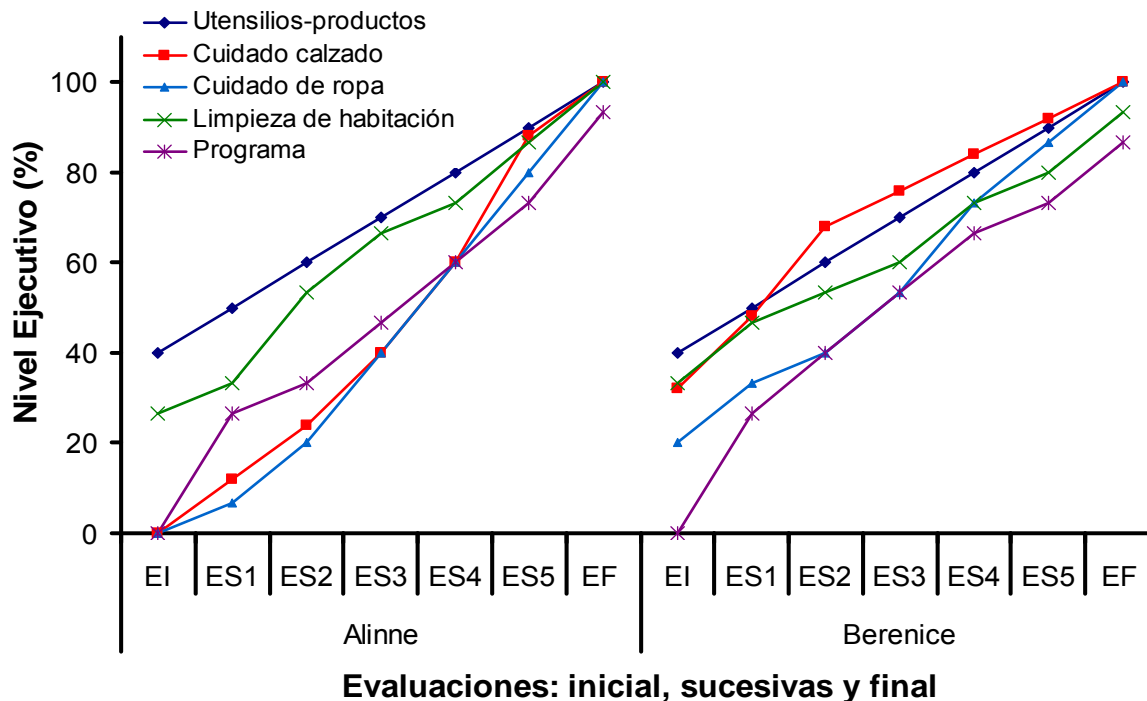


Figura 3.7. Proceso del programa: habilidades de cuidado de pertenencias

En la **evaluación final**, Alinne logró el 100% en uso de utensilios, limpieza de zapatos, cuidados de ropa y limpieza de habitación y 93.33% en el programa de limpieza. Berenice alcanzó el 100% en uso de utensilios, limpieza de zapatos y cuidados de ropa, 93.33% en limpieza de habitación y 86.66% en el programa de limpieza. De las 80 conductas en habilidades de comida, Alinne realizó 79 sola y 1 de manera parcial, lo que equivale al 98.75% de dominio; Berenice realizó 77 sola y 3 de manera parcial, lo que equivale a 96.25%. La evolución de las habilidades de cuidados del hogar, puede observarse en la Figura 3.6., y la comparación de resultados al iniciar y finalizar el entrenamiento en la Tabla 3.6.

Tabla 3.6. Evaluación inicial-final: habilidades de cuidado de pertenencias

| Tipo de habilidades de habitación | Evaluación inicial | | | | | | Evaluación final | | | |
|-----------------------------------|--------------------|---|-------|----|------------|----|------------------|----|-------|---|
| | Sola | | Ayuda | | No realizó | | Sola | | Ayuda | |
| | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B |
| Utensilios | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 10 | 10 | - | - |
| Zapatos | - | 8 | 4 | 12 | 21 | 5 | 25 | 25 | - | . |
| Ropa | - | 3 | - | 7 | 15 | 5 | 15 | 15 | - | . |
| Limpieza | 4 | 3 | 7 | 8 | 4 | 4 | 15 | 14 | - | 1 |
| Programa | - | - | - | - | 15 | 15 | 14 | 13 | 1 | 2 |

Nota: En las categorías: sola, ayuda, no realizó, los datos de la columna A corresponde a Alinne y los datos de la columna B corresponde a Berenice.

El objetivo específico 3.2, es el relacionado con actividades de **cuidado del hogar**, se compone de seis habilidades y cada una de un número de conductas a ejecutar. Es decir, en el objetivo 3.2, se valoraron 20 conductas en uso de productos, 15 conductas al ordenar el hogar, 20 conductas en la limpieza de baño, 25 conductas en la limpieza de cocina, 20 conductas en la limpieza de sala y 15 conductas en el programa de limpieza general. En el objetivo 3.2, se evaluaron cinco habilidades y un programa de limpieza, lo que equivale a 115 conductas.

En la **evaluación inicial**, de las 115 conductas Alinne realizó 10 conductas sola, 15 conductas de manera parcial y 90 conductas no realizó, lo que equivale al 8.69% de dominio. Berenice realizó 25 conductas sola, 35 conductas de manera parcial y 55 conductas no realizó, lo que equivale al 21.73% de dominio. Los resultados implicaron en Alinne enseñar limpieza de baño, cocina y sala y reeducar orden en el hogar; en Berenice implicó reeducar el todas las habilidades.

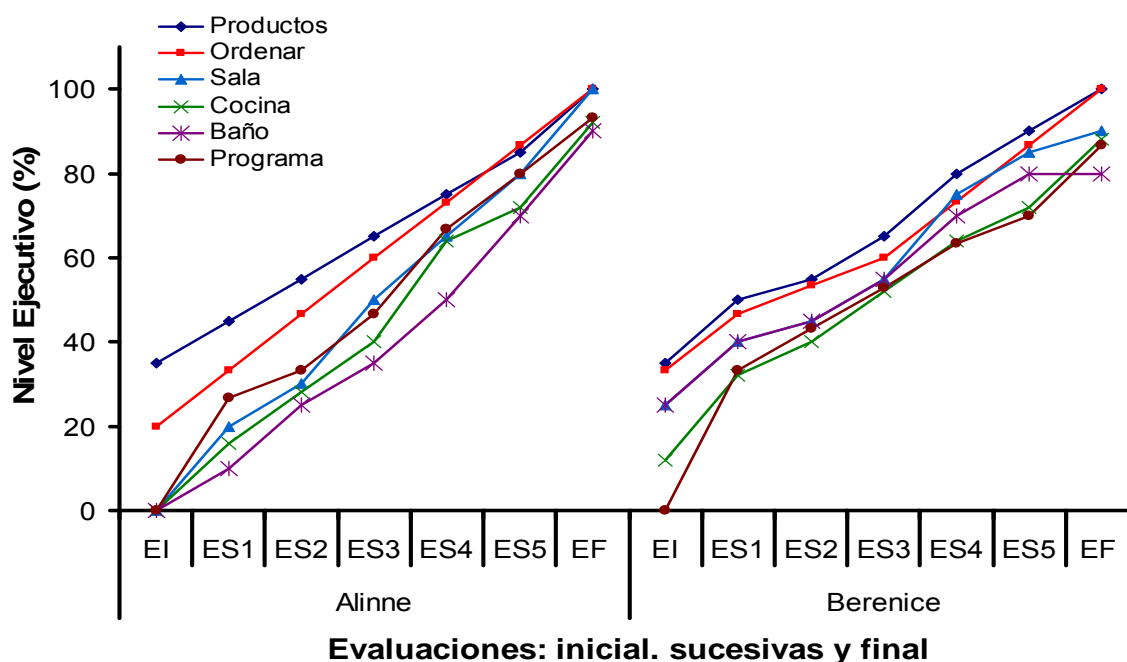


Figura 3.8. Proceso de programa: habilidades de cuidado del hogar

En la **evaluación final**, Alinne .logró el 100% en habilidades en uso de productos, orden del hogar y sala, 93.33% en el programa de limpieza, 92% en limpieza de cocina y 80% en limpieza de baño. Berenice alcanzó el 100% en uso de productos y orden del hogar, 90% en limpieza baño, 88% en limpieza de cocina y 86% en limpieza de sala y el programa. De las 115 conductas en habilidades del cuidado del hogar, Alinne realizó 110 sola y 5 de manera parcial, lo que equivale al 95.65% de dominio; mientras Berenice realizó 104 sola y 11 de manera parcial, lo que equivale a 90.43% de dominio. La evolución del dominio de habilidades puede observarse en la Figura 3.7., y la comparación de resultados en la Tabla 3.7.

Tabla 3.7. Evaluación inicial-final: habilidades de cuidado del hogar

| Tipo de habilidades del hogar | Participantes | Evaluación inicial | | | | | | Evaluación final | | | |
|-------------------------------|---------------|--------------------|---|-------|----|------------|----|------------------|----|-------|---|
| | | Sola | | Ayuda | | No realizó | | Sola | | Ayuda | |
| | | A | B | A | B | A | B | A | B | A | B |
| Productos | | 7 | 7 | - | 12 | 13 | 1 | 20 | 20 | - | - |
| Ordenar | | 3 | 5 | 7 | 6 | 5 | 4 | 15 | 15 | - | - |
| Sala | | - | 5 | 5 | 6 | 15 | 9 | 20 | 18 | - | 2 |
| Cocina | | - | 3 | 3 | 5 | 22 | 17 | 23 | 22 | 2 | 3 |
| Baño | | - | 5 | - | 6 | 20 | 9 | 18 | 16 | 2 | 4 |
| Programa | | - | - | - | - | 15 | 15 | 14 | 13 | 1 | 2 |

Nota: En las categorías: sola, ayuda, no realizó, los datos de la columna A corresponde a Alinne y los datos de la columna B corresponde a Berenice.

Nivel funcional

De manera general el desarrollo de habilidades, se basó en el perfeccionamiento y funcionalidad de las habilidades de autocuidado; y el dominio y aplicación de las habilidades de vida diaria. A continuación se describen las características de entrenamiento en cada tipo de habilidades y como se llegó a la funcionalidad:

- En el entrenamiento de habilidades de **aseo personal**, se identificó en Alinne dificultades en el peinado, maquillado y cuidados íntimos; y en Berenice en aseo de cabello, peinado y maquillado. Para lograr independencia personal en las habilidades fue necesario representaciones gráficas-escritas de las conductas a realizar, correcciones físicas-verbales y ejecución en rutina de vida.
 - En el entrenamiento de las habilidades de **arreglo personal**, se identificó en Alinne dificultades en ropa de cierres-botones y colocación zapatos de hebilla-tenis; y en Berenice en ropa cerrada y colocación de tenis. Para lograr independencia personal en las habilidades fue necesario correcciones físicas y verbales, ejecución en rutina de vida y las siguientes adecuaciones, poner prendas al derecho, de frente y en el orden a colocar, abrochar primero y después colocar y refuerzo en espejo de cuerpo completo.
 - En el entrenamiento de habilidades de **planificación y preparación de comida**, se identificó en Alinne dificultades en planificación y preparación de alimentos con fuego y uso de utensilios; y en Berenice con planificación de alimentos y preparación de alimentos con fuego. Para lograr independencia personal en las habilidades fue necesario de representaciones gráficas-escritas de las conductas a ejecutar, ayudas físicas-verbales, ejecución en rutina de vida y las siguientes adecuaciones: uso de encendedor de presión, acercarlo lo necesario y preparar todo, acercarlo a la estufa y cocinar los alimentos.
 - En el entrenamiento de **habilidades de alimentación**, se identificó en Alinne y Berenice limitaciones en el conocimiento de utensilios, disponer la mesa de manera correcta, uso de utensilios como tenedor y cuchillo y malas conductas. Para lograr independencia personal en las habilidades fue necesario de representaciones gráficas-escritas de las conductas a ejecutar, ayudas verbales y ejecución en rutina de vida.
-

- En el entrenamiento de habilidades de **cuidado de pertenencias**, se identificó en Alinne y Berenice dificultades en la ejecución, calidad y tiempo de realización. Para lograr independencia personal en las habilidades fue necesario identificación y uso de utensilios a la par, indicación de ordenar y conservar durante la semana y la implementación del programa de limpieza de habitación en la rutina de vida.
- En el entrenamiento en **habilidades de cuidado del hogar**, se identificó en Alinne limitaciones ejecutivas en la limpieza del baño, cocina y funcionalidad del programa de limpieza; y en Berenice en calidad, tiempos excesivos y aplicación del programa de limpieza. Para lograr independencia personal en las habilidades fue necesario ayudas verbales, identificación y uso de productos por estancia y la implementación del programa de limpieza.

La funcionalidad de habilidades de aseo y arreglo personal fue paulatina, primero los padres indicaron y ayudaron física y verbalmente, después indicaron y supervisaron, hasta que Alinne y Berenice aplicaron las habilidades aseo personal de manera autónoma y en tiempos promedio, y lograron ponerse y quitarse de manera autónoma diversos tipos de prendas y zapatos. En habilidades de comida y alimentación no se alcanzó el máximo en dominio y funcionalidad, al finalizar el entrenamiento se identificó que Alinne y Berenice requieren seguir aplicando las habilidades en casa bajo supervisión y mediante las estrategias marcadas en el entrenamiento para mejorar su ejecución, tiempos y prevenir accidentes.

La funcionalidad de las habilidades de cuidado de pertenencias y cuidados del hogar fue paulatina, primero los padres indicaron y corregían verbalmente, después solo indicaron y supervisaron, hasta que Alinne y Berenice lograron aplicar gran parte de las habilidades de manera autónoma, en tiempos promedio y conservar las estancias durante la semana. Los logros alcanzados se atribuyen a la complementación entre habilidades de aseo-arreglo personal, comida-alimentación y cuidado de pertenencia-hogar; el entrenamiento en contextos reales, implementación de las habilidades en las rutinas de vida, y toma de responsabilidades y función activa en el hogar por parte de las participantes.

Resultados globales

Nivel ejecutivo

Alinne en la evaluación inicial de las 634 conductas realizó 103 sola, 149 con ayuda y 382 no realizó, lo que equivale a un 16.24% de dominio, en la evaluación final realizó 589 conductas sola y 45 parcialmente, lo que equivale a 92.90%. Por su parte Berenice en la evaluación inicial realizó 178 sola, 236 con ayuda y 220 no realizó, lo que equivale a 28.07% de dominio, en la evaluación final realizó 594 sola y 40 parcialmente, lo que equivale a 93.69% de dominio.

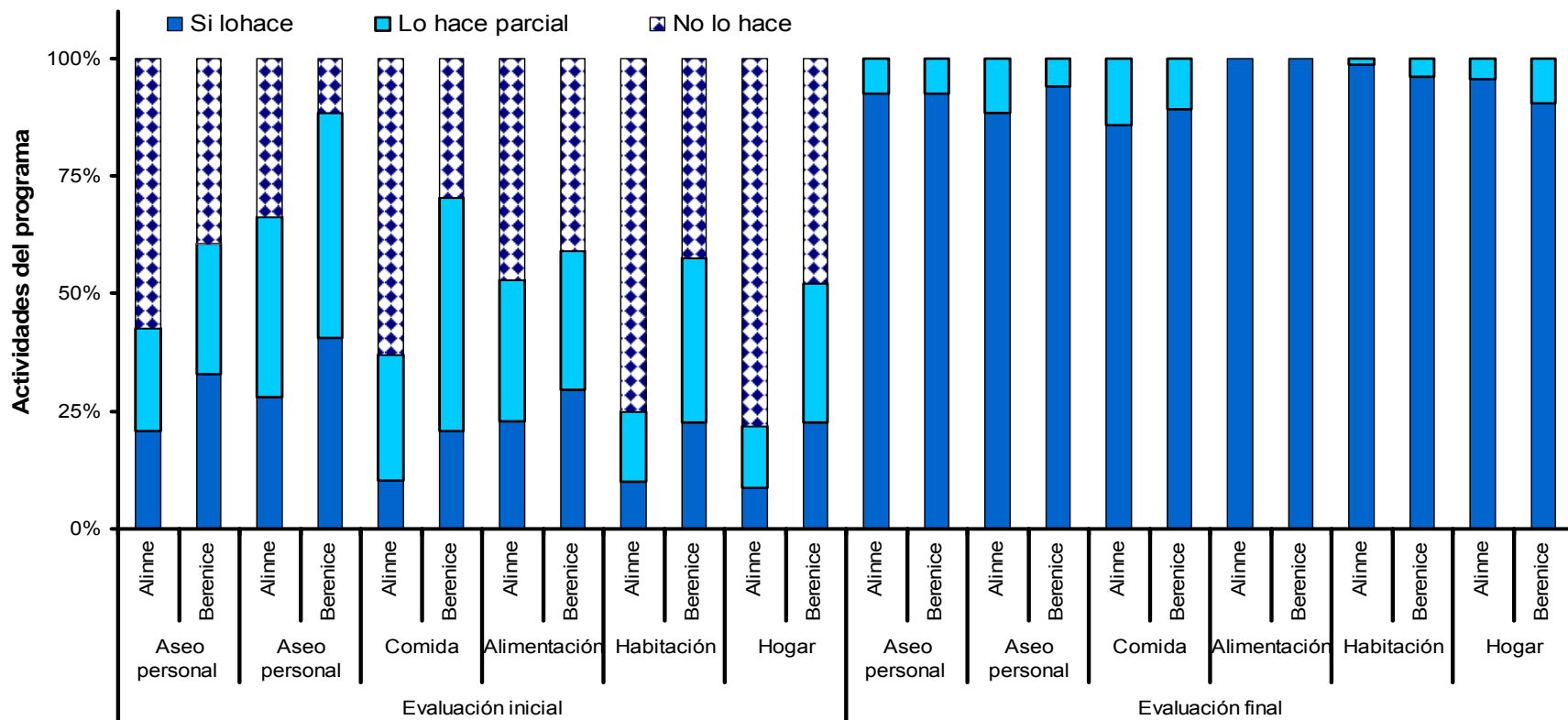


Figura 3.9. Evaluación inicial-final del nivel ejecutivo

Nivel funcional

Se obtuvo una media en línea base de 0.47 con 0.16 de desviación estándar y en la evaluación final se obtuvo una media de 1.77 y una desviación estándar de 0.01. Lo que indica en ambos casos avances significativos en la funcionalidad de las habilidades de autonomía y dominio en habilidades vida diaria.

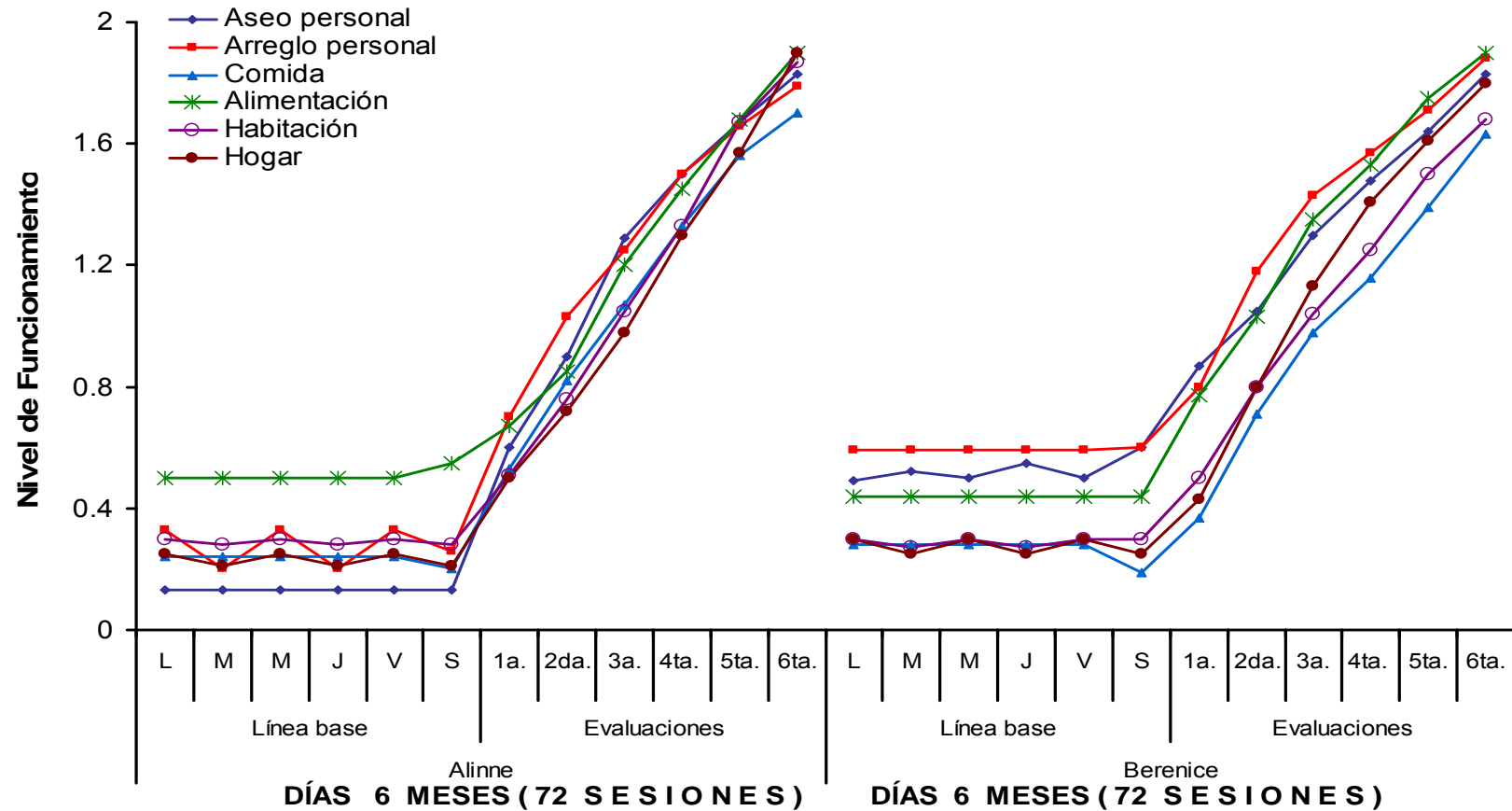


Figura 3.10. Evaluación inicial-final del nivel funcional.

La evaluación general de esta investigación está dada por el estadístico de prueba de Wilconxon. En este sentido, Wood (1984) resalta que la ventaja de la prueba t de Wilconxon toma en cuenta las diferencias entre rangos en el mismo lado de la mediana y “es adecuada para los diseños intrasujetos en los que se obtengan datos ordinales” (p. 301). Rivera y García (2005) señalan que para hacer juicios de mayor que, entre los valores de cualquier par, la prueba t de Wilcoxon se puede utilizar, ya que considera la magnitud relativa y la dirección de las diferencias, otorgando mayor peso a los pares que tienen mayores diferencias entre el antes y el después cuya diferencia es pequeña.

Tabla 3.8. Resultados estadísticos: línea base-postevaluación

| Habilidad | Antes-Después |
|------------------|----------------------|
| Autonomía | Z= -1,342 P= 0.18 |
| Vida Diaria | Z= -1,342 P= 0.18 |
| Programa | Z= -1,342 P= 0.18 |

Si bien los resultados estadísticos no tienen una significancia menor a .05, en el nivel cualitativo, se observaron diferencias importantes en cuanto a la calidad de la ejecución y funcionalidad de las habilidades adaptativas antes y después de la ejecución del programa. Por lo que se puede decir, que se encontraron diferencias en las habilidades de autonomía y vida diaria después de que las adolescentes con discapacidad intelectual participaron en el Programa desarrollo de Habilidades Adaptativas de Autonomía y Vida Diaria. Cabe destacar que los resultados estadísticos en números negativos son debido a que, a puntajes más altos el incremento es mayor y las diferencias por tanto se darán en números negativos.

En suma, los resultados arrojan en ambos casos avances significativos en la ejecución y funcionalidad de las habilidades de autonomía y vida diaria. Los avances se vieron condicionados por la participación activa de Alinne y Berenice, padres de familia e instructora, uso de la técnica Instrucción Basada en el Entorno Inmediato, uso de estrategias cognitivo-conductual e introducción y realización de las habilidades entrenadas en las rutinas de vida.

Pretes-Postes

Por su parte el pretest-postest del Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas (APAC, 2003) comprueban que el desarrollo de habilidades adaptativas es relacional e influenciado por el contexto. Las siguientes figuras indican el avance logrado en habilidades de autonomía (autocuidado) y vida diaria (vida en el hogar) y su repercusión en el resto de ellas.

Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas (APAC, 2003)

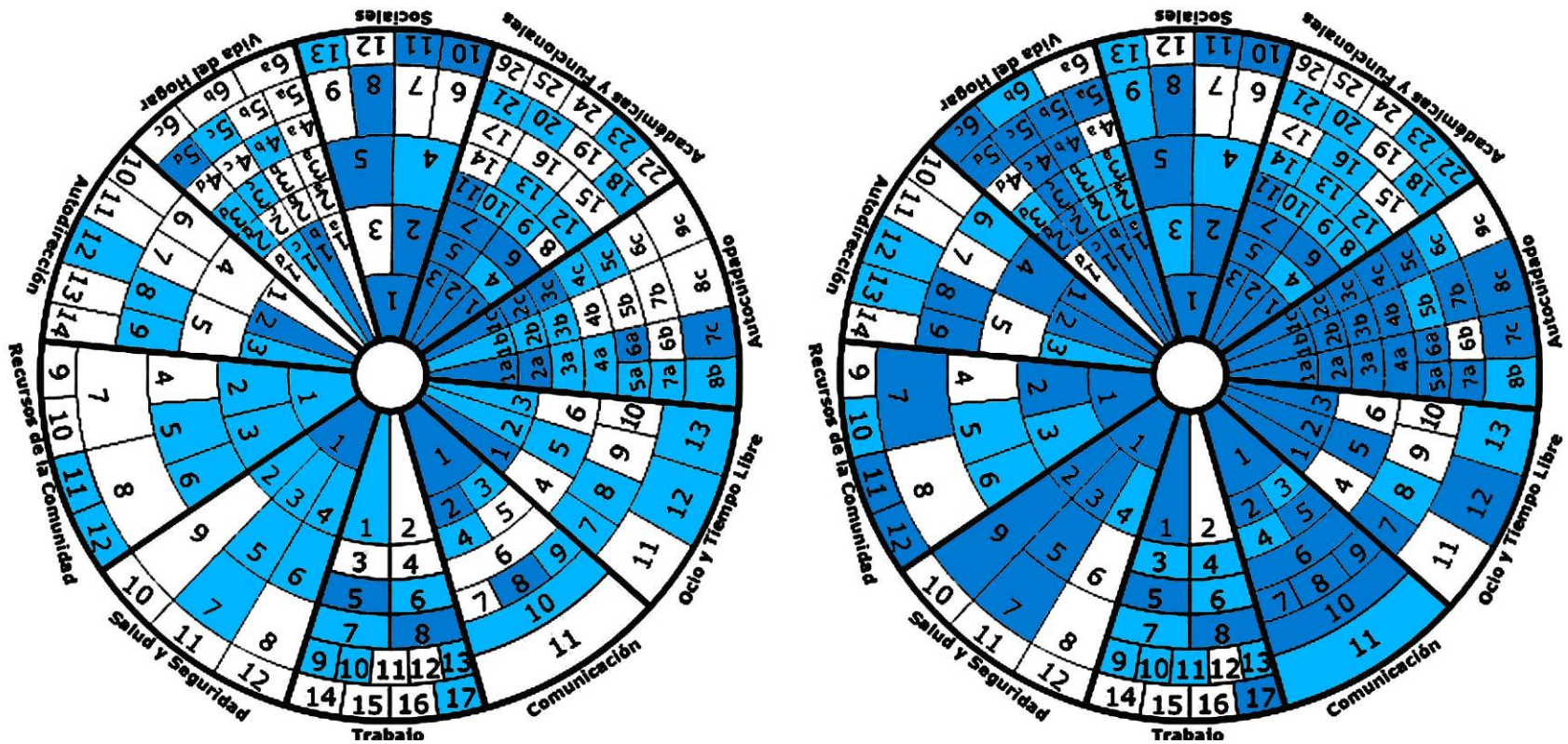


Figura 3.11. Alinne: pretest-postest en habilidades adaptativas

Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas (APAC, 2003)

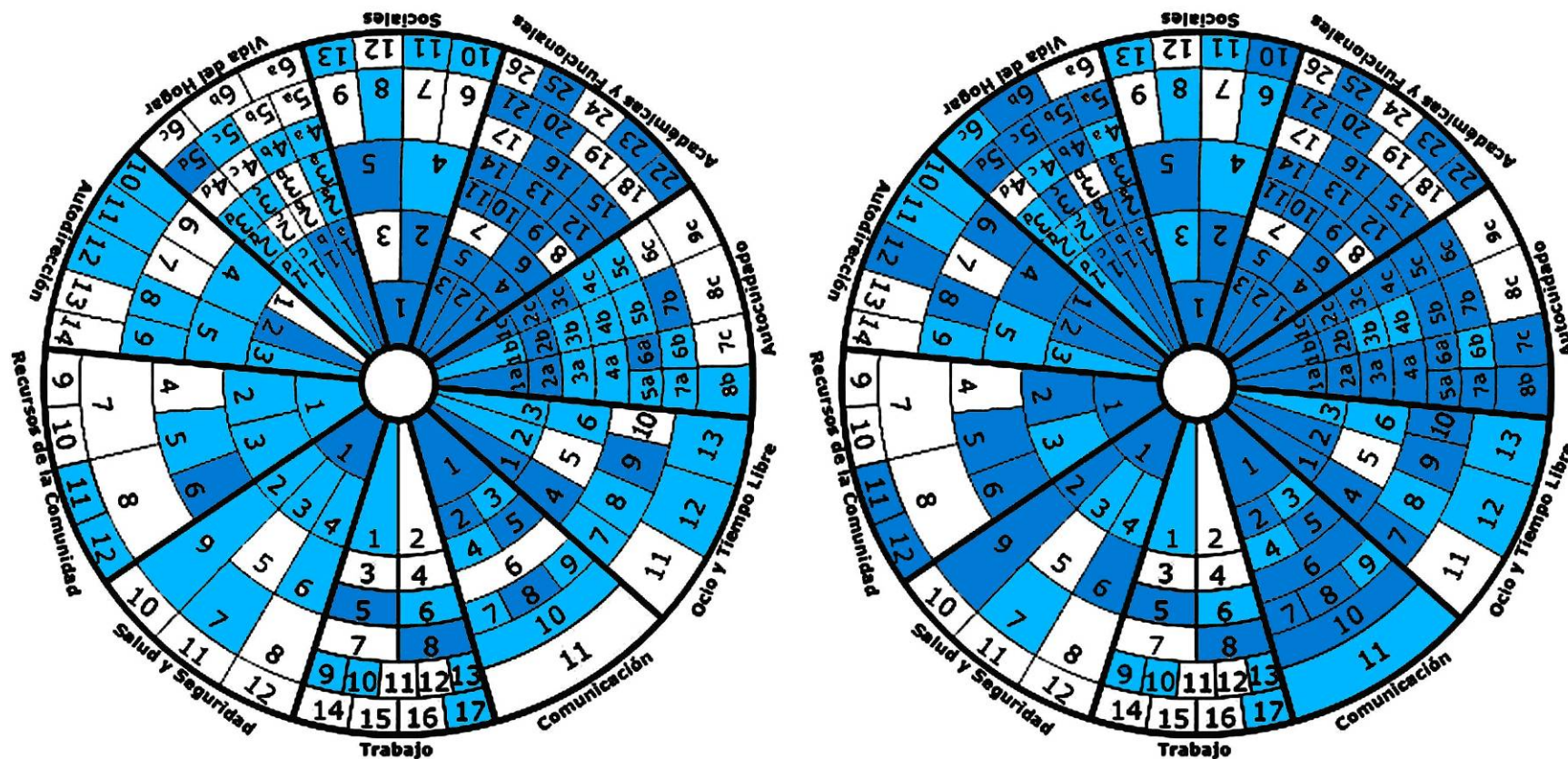


Figura 3.12. Berenice: pretest-posttest en habilidades adaptativas

Las casillas fuertes indican las actividades que las participantes dominaban antes y después del programa, las casillas tenues en pretest indican actividades en proceso de adquisición y en posttest indican actividades en las que repercutió el entrenamiento y las casillas blancas en el pretest-posttest indican las actividades que no pudieron realizar. Todos los resultados marcados anteriormente demuestran que los objetivos del programa se cumplieron satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

En el fundamento teórico, se plantearon diversos puntos importantes con relación a la discapacidad intelectual, con la información ofrecida por organizaciones internacionales y autores especializados en el tema, se trató de abordar los temas medulares de éste tipo de discapacidad. A continuación se presenta el análisis del apartado teórico-metodológico y la vinculación de los resultados propios de la intervención-investigación con los de otros autores e investigaciones.

Se puede iniciar afirmando que a lo largo de la historia, las actitudes hacia la discapacidad intelectual han sido objeto de grandes cambios, los usos y costumbres favorables y aceptables durante una época pueden parecer inaceptables a la luz de nuevos conocimientos (Lachapelle, 2004). La conceptualización de la discapacidad intelectual se ha caracterizado por la superposición de modelos; en las nuevas concepciones subsisten ideas de modelos anteriores (Aguado, 1995). En estos momentos se apuesta por la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, repercutiendo en su visualización e intervención como los tratamientos de atención compensatoria, comunitaria, integradora e inclusiva (Benavente, 1991). Lo que indica que como psicólogos educativos un compromiso hacia estas personas porque aún queda mucho por hacer y recorrer.

Actualmente, la conceptualización dominante es difundida por organizaciones como la APA (1996), APA (2002), OMS (2001) y AAMR (2004) que asocian a la discapacidad intelectual limitaciones intelectuales y adaptativas por factores biomédicos, sociales, conductuales y educativos, que se evidencian en la interacción de la persona con su medio material y social antes de la edad adulta. Además, hacen distinción entre los tipos de desviaciones: leve, moderado, grave y severo ó generalizada-específica. Por su parte autores como Fierro (1990) marcan un referente pedagógico, indicando que lo más relevante del constructor social “discapacidad intelectual” es el tipo y calidad de educación que se ofrece a las personas que la presentan. Se identifican dos enfoques educativos el funcional y el cognitivo (Fierro 1990; Brauer y Tomas, 2001; Deutsch (2003).

El primero es el relacionado con la investigación, porque argumenta que dentro de la educación se deben utilizar métodos especiales, para lograr el máximo desarrollo académico, en autonomía, vida diaria, social y ocupacional, mediante servicios escolares de hábitos de ayuda a si mismo y socialización; servicios laborales de hábitos de trabajo y destrezas manuales básicas y servicios sociales de hábitos de comportamiento y adaptación en la sociedad, con la finalidad de que en un futuro las personas con discapacidad puedan vivir lo más independientemente posible (Verdugo 1986; Doménech, Pastor y Rodríguez citados en Madrid, 1992; Martin-Caro y Ontero, 1999; Deutsch, 2003).

Con relación a las particularidades de las participantes de investigación, se puede decir que se cumplen varias atribuciones con relación a características de desarrollo, dado que se evidencian déficit en varias áreas de desarrollo como trastornos de desarrollo físico y motor, problemas cognitivos, problemas de lenguaje y comunicación, conductas sociales, problemas de autonomía personal y problemas de conductas inadecuadas, además por encontrarse en la adolescencia se evidencian problemas de autoconcepto y autoestima, por lo que las áreas más afectadas son las relacionadas con el desarrollo personal y social (Donlon y Furton-Bulton, 1989; Gwyn y Hunt, 1988; Fierro, 1990; Heward, 1998; Molina, 1999; Sánchez, 2001; Solloa, 2001; Schom, 2003; González-Pérez, 2003).

En el desarrollo físico se comprueba lo marcado por Gwyn y Hunt (1988), Quiroga (1989, citado en Bautista, 1993) y Sánchez (2001) sobre que a mayor grado de discapacidad mayores problemas físicos. En el desarrollo sensorio-perceptivo se encontraron las alteraciones marcadas por Donlon y Furton-Bulton (1989) y Sánchez (2001), encuadran en las causas visuales por estrabismo, astigmatismo y miopía; auditivas, táctiles y gustativas por falta de sensibilidad-discriminación y kinestésicas por problemas físicos. En el desarrollo del lenguaje Alinne concordó con los postulados de Edwards y Edwards (1970 en Castañedo 2001) al presentar problemas de discriminación auditiva y articulación. Por su parte Berenice encuadro en los postulados de Milgran (citado en Castañedo, 2001) al presentar problemas de comprensión, expresión y funcionamiento del lenguaje.

En cuanto al desarrollo cognitivo, ambas encuadran con postulados de varios autores al presentar, limitaciones en almacenamiento de información, proceso de atención y memoria, discriminación, abstracción, codificación y pobre desarrollo en procesos ejecutivos y estrategias de aprendizaje (Molina, 1999; Castañedo, 1999, 2001; Solloa, 2001). En el desarrollo emocional ambas presentaron inmadurez evolutiva y crisis conflictivas, por su imagen corporal, sexualidad, relaciones sociales, identidad positiva, aislamiento familiar-social y desinterés (Tanguay y Rusell en Solloa, 2001) problemas conductuales (González-Pérez, 2003). Lo que comprueba lo marcado por Piaget e Inhelder (citados en Sánchez, 2001) el desarrollo en las primeras etapas es la base de la actividad psíquica actual.

Se identificó que el desfase en las áreas de desarrollo se dio por influencia de factores biomédicos, sociales, conductuales y educativos (AAMR, 2004) lo que repercutió en la autonomía personal, por tal motivo es relevante resaltar que la discapacidad intelectual en mayor o menor grado en las participantes dependió de la presencia de una deficiencia orgánica, limitantes sociales y la combinación de factores; momento en que ocurrió la deficiencia orgánica, así como la permanencia de condiciones ambientales deficitarias; la poca compensación de la discapacidad por entrenamiento (Bernal y cols., 1990; Galindo, 1988; Guevara, Ortega y Plancarte, 2001). Por lo que su evaluación se basó en perspectivas actuales y tuvo la finalidad de identificar principales necesidades y dar un plan de acción (García, 1999; Sánchez, 2001)

Es decir, en la evaluación de las personas con discapacidad intelectual, se debe analizar las fortalezas-debilidades en relación con diversas dimensiones como lo son las habilidades intelectuales, las habilidades adaptativas, la participación, interacción y roles sociales, la etiología y la salud física-metal y las influencias contextuales, positivas y negativas, para establecer la intervención (AAMR, 2004). Dado que toda evaluación debe ser funcional, identificar ventajas-desventajas para adaptarse al medio físico, cultural y social; y la diseñar la intervención para el establecer, mantener y perfeccionar conocimientos y habilidades o en su caso la eliminación de conductas disruptivas (Galindo y cols, 1990; García, 1999).

En concordancia con García (1999) la intervención debe ser intencional y facilitadora, establecer puentes y ayudas andamiadas que deben ser progresivamente retiradas para facilitar la autonomía en el ámbito familiar, educativo, comunitario, laboral y social. Específicamente, en la discapacidad intelectual en el periodo de la adolescencia y la juventud, se debe trabajar en programas de diversificación curricular, vocacionales especiales, entrenamiento en habilidades adaptativas y de supervivencia (Cronin y Patton, citado en García, 1999) con la finalidad de potenciar la formación continua en la persona y contribuir a su integración social.

Es por ello que en este trabajo se valoró e intervino en habilidades de autonomía y vida, como se puede ver en los resultados del programa, el entrenamiento es relevante porque es la parte reversible de la discapacidad y la acertada intervención conduce a su dominio y funcionalidad, contado además que son consideradas el paso previo para adquirir conductas instrumentales y ocupacionales, lo que determinará el nivel de integración. En la investigación se realizó a partir de los modelos cognitivo-conductual, la eficacia de lo modelo conductual radica en su utilidad para establecer, mantener o eliminar los repertorios conductuales, desde el reforzamiento positivo (continuo o intermitente), estímulos de apoyo, modelamiento, tiempo fuera, costo de respuestas, sobrecorrección, etc. (Galindo y cols., 1990; Guevara, Ortega y Plancarte, 2001; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999; González-Pérez, 2003)

La eficacia del modelo cognitivo parte del supuesto de que el cambio se halla mediado por las actividades cognitivas; la reciprocidad entre pensamiento, ambiente y conducta; es altamente eficaz en la generalización y funcionalidad de las habilidades, es útil para identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales (Bauer y Thomas, 2000; González-Pérez, 2003; Franco y Recio, 2003). En ambos modelo el procedimiento es identificar y diagnosticar las áreas que se deben desarrollar y las creencias o conductas problemáticas a eliminar por influir negativamente en el aprendizaje (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999; Guevara, Ortega y Plancarte, 2001; Deutsch, 2003; González-Pérez, 2003).

En suma en procedimiento cognitivo conductual ayuda a mantener respuestas deseables al grado de ser funcionales. Una de las estrategias para enseñar habilidades adaptativas es la “Instrucción Basada en el Entorno”, es una estrategia para las habilidades en el entorno real, dado que es más fácil aprender en el ambiente real, lo que ayuda a transferir el conocimiento a otras situaciones, personas y lugares. Su eficacia es altamente comprobada en personas que necesitan aprender habilidades adaptativas y tienen dificultades para generalizar (Deutsch, 2003). Entre sus principales inconvenientes destaca la restricción a la integración e inclusión en escuelas regulares o especiales.

Otra técnica es la propuesta de Whitman y Jonson (1980, citados en Bauer y Thomas, 2000) quienes desarrollaron un programa de autoaprendizaje en el que los aprendices deben preguntarse qué se quiere hacer, decidir la naturaleza de la tarea, determinar el orden secuencial para completar la tarea, reforzar sus aciertos personales, utilizar sus propias claves al realizar la tarea y finalmente decidir la manera de enfrentar sus errores. Por su parte Vaughn, Bos y Lun (1986, citados en Bauer y Thomas, 2000) proponen varias estrategias para incrementar la generalización de las habilidades, como instruir en el escenario original, cambiar claves y los apoyos; cambiar materiales; cambiar las respuestas y tiempo para contestar; pasar de un estímulo único a varios estímulos, agregando distractores interacción con los estímulos y modificando las indicaciones.

Espada, Quiles y Terol (2008) indican toda intervención en habilidades adaptativas debe buscar la autonomía personal en actividades de cuidado de si mismo y en actividades de vida diaria, los autores recomiendan enseñar en habilidades de autonomía y vida diaria aseo personal, higiene y estética, alimentación, vestimenta, utillaje, limpieza de vivienda y cuidado de los objetos personales. Por su parte González-Pérez (2003) indica que el uso de técnicas conductuales-cognitivas es útil en contenidos de identidad y autonomía personal como hábitos de alimentación y descanso; vestido, cuidado y limpieza del cuerpo y higiene corporal; y uso de espacios y materiales, prevenir accidentes y evitar peligros.

Cabe destacar que los principios de programación y aplicación de programas de educación compensatoria en personas con discapacidad intelectual se deben conocer el nivel de competencia de la persona antes de hacerle afrontar otras; la instrucción más completa la enseñanza de diferentes formas y canales sensoriales, ejemplos, variación de circunstancias, etc.; el nivel de complejidad aconsejable es el inmediato superior al dominado y por sobreaprendizaje, dado que los aprendices reflexionan sobre los procedimientos, monitorizan su proceso para llegar a los resultados (Fierro, 1990). Por lo que se debe respetar los módulos instruccionales “apoyo coactivo” “cooperativo” y “reactivo” desde diferentes formas, ejemplos, circunstancias, etc. (González-Pérez, 2003).

La familiaridad con las diversas técnicas de intervención permitirá mayor comprensión sobre la situación y disponer de recursos profesionales para realizar intervenciones adecuadas y en función de las necesidades de la persona en diferentes etapas del ciclo vital (Fierro, 1990, García, 1999). Los diversos enfoques en la intervención han de insertarse en modelos comprensivos que den respuesta a las necesidades de las personas (García, 1999). Hay una doble máxima para el entrenamiento y la educación de las personas con discapacidad intelectual: ninguna intervención tendrá acierto sin la oportuna evaluación; ninguna evaluación tiene sentido si no es en relación a una intervención. Es un procedimiento asociado al modelo pretest → entrenamiento → postest (Fierro, 1990). La evaluación-intervención son una unidad, van unidas a lo largo de todo el proceso antes, durante y después (García, 1999).

Ejemplo de ello, es el diseño de esta investigación, el cual se caracterizó el modelo experimental de tipo AB, donde en la fase A se calculó la línea base observando y valorando las conductas de las habilidades a entrenar; y en la fase B, se enseñaron las habilidades con relación al modelo cognitivo-conductual, se continuo valorando los cambios; finalmente una vez terminado el entrenamiento se valoró si los cambios en el postes-evaluación fueron significativos. Lo que ayudó a determinar la tendencia inicial (0.47) y su incremento durante la intervención (1.77) tal y como indican Baptista, Fernández y Sampieri, (2006).

Por su parte el estudio de casos múltiples completó el análisis, su profundidad permitió identificar y descubrir las variables que condicionaron el desarrollo de cada una de las participantes, lo que permitió planear la intervención en su bienestar personal, ya en ella realizar un análisis a nivel ejecutivo y funcional y explicar las consistencias e inconsistencias a nivel individual y grupal. Cabe destacar que la investigación cumplió con los criterios éticos, la generalidad de resultados es mínima; la confiabilidad test-retest es significativa y presenta validez de contenido al proporcionar información sobre la discapacidad intelectual.

Con relación a los resultados se puede decir que se comprueba la hipótesis de la APA (2004) y Lehand (citado en Montero, 2005) sobre que las habilidades adaptativas son el aspecto reversible en la discapacidad intelectual, dado que Alinne y Berenice al lograr independencia en habilidades de autonomía y vida diaria, además refuerzan los resultados marcados por Bender y Valletuti (1981), Bernal y cols, (1990), Velasco-Díaz (1994), González-Pérez (2003), APAC (2003), Querejeta (2003), Verdugo (2006), Giné y Fot (2007), Espada, Quiles y Terol (2008) y González (2009) sobre un entrenamiento individualizado acorde a las necesidades de la personas incrementa su nivel de independencia e integración.

Se comprobó el desarrollo relacional de habilidades adaptativas, el entrenamiento específico repercute positivamente en habilidades no planificadas (Casa, Domínguez y Martínez, 2001; González, 1999); que el funcionamiento de una persona está influenciado por el tipo y nivel de participación, el estado de salud e influencias contextuales como lo indica la OMS (2001) y la AAMR (2004); y que las alteraciones de percepción-atribución y los emocionales son resultado de experiencias de vida y en consecuencia características únicas de las participantes (Fierro, 1990; Bauer y Thomas, 2000; Solloa, 2001; Germaln, citado en Castañedo, 2001; González-Pérez, 2003), por lo que se recomiendan considéralas en la evaluación y en caso de ser necesario programarlas en la intervención. Finalmente, se hablará de discapacidad intelectual sólo si la persona valorada presenta un índice de inteligencia menor a 70 y déficit significativos en habilidades adaptativas a consecuencia de problemas biomédico o ambientales.

CONCLUSIONES

Los diferentes apartados que componen el presente proyecto de investigación han pretendido dar una visión específica de los aspectos implicados en la evaluación e intervención de las personas con discapacidad intelectual, desde los modelos y enfoques que actualmente se utilizan. Dentro de la heterogeneidad que representan la comunidad, se tomó como referencia a dos adolescentes femeninas que presentan discapacidad moderada y límite, junto a limitaciones en habilidades adaptativas, además se hizo hincapié en posibilidades que el contexto (familia, instituciones educativas, y comunidad) ha puesto para compensar la discapacidad, todo desde las perspectivas activas e implicaciones que buscan en estas personas una enseñanza para la vida y máximo grado de integración social.

La discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que compromete globalmente el desarrollo de las personas que lo presenta, ya que se ve afectado también el desarrollo en otros aspectos como son el motor, perceptivo, cognoscitivo, lingüístico, afectivo y social, aunque no en forma homogénea. La discapacidad intelectual puede deberse a múltiples causas: orgánicas (anomalías congénitas y genéticas, traumatismos obstétricos, enfermedades que dañan el sistema nervioso), o ambientales (graves carencias y falta de estimulación en los primeros).

La comprensión de la discapacidad intelectual permitió comprender las diferentes necesidades que presentaban las participantes de investigación, para lograrlo se realizó una evaluación integral cuyos resultados marcaron las bases de intervención. El análisis a nivel biológico permitió identificar y explicar las causas biológicas y secundarias de la discapacidad; el análisis a nivel cognitivo-emocional permitió describir las fortalezas y debilidades en las principales áreas humanas; y finalmente en el análisis conductual, ayudo a marcar las dificultades adaptativas. La información de los tres niveles junto a la información de funcionamiento intelectual y adaptativo, estado de salud, nivel de participación y las influencias contextuales ayudo a identificar las principales necesidades de las participantes.

En los casos de las participantes, se identificó la aparición de la discapacidad por causas multifactoriales, siendo el principal de orden biomédico y las secundarias por factores sociales, educativos y conductuales; que produjeron dificultades en habilidades académicas, adaptativas y en situaciones de vida diaria. Es decir, se identificaron dificultades en habilidades adaptativas por deficiencias orgánicas a causa de infecciones; factores sociales como el nivel cultural y económico de los padres y privación de estimulación constante; factores conductuales como dinámicas familiares alteradas y pocos contextos integradores; y factores educativos como la prioridad en conocimiento académicos, ausencia de escolarización especializada en desarrollo mental y habilidades adaptativas.

En este sentido la evaluación diagnóstica al dar indicadores sobre las necesidades de las personas con discapacidad va íntimamente ligada a la intervención desde acciones más o menos especializadas. Dado que la intervención en personas con discapacidad debe ser facilitadora, al establecer las ayudas andamiadas que han de ser progresivamente retiradas para facilitar la autonomía de la persona, por lo que debe situarse a lo largo de un continuo, además debe seguir los principios y modelo teóricos en relación a la discapacidad y educación especial como los valores de normalización e integración escolar, social y laboral.

Al planificar una intervención en habilidades se debe tener en cuenta que la conducta adaptativa se desarrolla e incrementa en complejidad a medida del ciclo vital; predominan dominios de autoayuda, interpersonal, vocacional y habilidades domésticas; se deben tomar en cuenta las expectativas de los grupos culturales y las demandas en situaciones particulares y significativas con las que interacciona la persona; su competencia general en actividades necesarias para la autonomía personal y social. Dado que la finalidad de toda intervención es que en la medida de lo posible las personas con discapacidad puedan involucrarse como seres activos en la sociedad, por ello la relevancia de brindar apoyos desde estrategias que den oportunidades de ser personas independientes y productivas, que favorezcan su desarrollo integral e integración familiar, educativa, laboral y social.

En las participantes de investigación se identificaron necesidades en habilidades adaptativas conceptuales, prácticas y sociales, participación en diversos contextos y el nivel de autonomía personal y social; el desfase entre necesidades y potencialidades implicó aplicar un programa de habilidades adaptativas de autonomía y vida diaria con la finalidad de desarrollar su autonomía personal; dado que se buscó la generalización de las habilidades y el manejo del aprendizaje de Alinne y Berenice por parte de los padres, la participación de los mismo es indispensable, por lo que se les explicó y enseñó los procedimientos marcadas en el programa y utilizadas a lo largo del entrenamiento

A nivel resultados se considera que todo el trabajo implicó en Alinne y Berenice ejercer una serie de acciones reales que promovieran su desarrollo en sus contextos inmediatos, un cambio dentro de sus hogares a favor de una un papel activo y digno, sin subestimar sus capacidades y sin exigencias fuera de potencialidades. De manera general el programa de habilidades de autonomía y vida diaria implicó una integración en el hogar, es decir brindó el desarrollo en habilidades adaptativas y permitió un funcionamiento independiente, indicando así que se lograron los objetivos planteados en la investigación: realización de una evaluación diagnóstica integral; instrumentación-aplicación de un programa de intervención e identificación de avances durante y después de la intervención.

A continuación se presentan el resumen de los resultados alcanzados en cada una de las habilidades entrenadas a nivel ejecutivo y funcional.

Tabla 5.1. Fortalezas y limitaciones al finalizar el programa de intervención

| Área | Alinne | Berenice |
|----------------------------|---|---|
| Cuidado y arreglo personal | <p>Fortalezas: realiza de manera autónoma el aseo de manos, boca, cara y cabello, además el peinado, vestido-desvestido y la colocación de zapatos cerrados y de broche.</p> <p>Dificultades: con la calidad del peinado, maquillaje, cuidados íntimos y tempo de colocación de ropa interior, cierres y botones.</p> | <p>Fortaleza: realiza de manera autónoma el aseo de manos, boca, cara, cabello, íntimos, así como el vestido-desvestido de ropa interior-con cierres y la colección de zapatos cerrados, de broche y hebilla.</p> <p>Dificultades: con la calidad ejecutiva del aseo de cabello, peinado, maquillaje, colocación de ropa superior cerrada- botones y tenis.</p> |

Tabla 5.1. Continuación

| Área | Alinne | Berenice |
|--|---|--|
| Comer-beber y preparación de alimentos. | <p>Fortalezas: identifica los principales alimentos y utensilios a colocar en la mesa, utiliza de manera autónoma algunos utensilios de cocina, así como los principales electrodomésticos y realiza la limpieza-conservación de los mismos y los espacios utilizados. Así como es capaz de disponer la mesa y comer de manera socialmente aceptable.</p> <p>Dificultades: para la panificación de alimentos, calidad ejecutiva, tiempo de realización, supervisión y ayuda en la preparación de alimentos. En ocasiones se presentan problemas de buenas conductas en las comidas.</p> | <p>Fortalezas: identifica los principales alimentos y utensilios a colocar en la mesa, utiliza de manera autónoma algunos utensilios de cocina, así como los principales electrodomésticos y realiza la limpieza-conservación de los mismos y los espacios utilizados. Así como es capaz de disponer la mesa y comer de manera socialmente aceptable.</p> <p>Dificultades: para la panificación de alimentos, tiempo de realización, y supervisión en la preparación de abocadillos y alimentos. En ocasiones se presentan problemas de buenas conductas en las comidas.</p> |
| Conservación y mantenimiento de habitación y hogar | <p>Fortalezas: identifica y utiliza de manera autónoma los principales utensilio-productos al ordenar su casa y limpiar estancias como la sala, así como al limpiar sus zapatos, armario y habitación en general. Es capaz de seguir el programa de limpieza para la habitación.</p> <p>Dificultades: con la calidad ejecutiva y supervisión en la limpieza de cocina y baño, así como para la realización del programa de limpieza del hogar.</p> | <p>Fortalezas: identifica y utiliza de manera autónoma los principales utensilio-productos al ordenar su casa, limpiar sus zapatos y armario y habitación en general.</p> <p>Dificultades: con la calidad ejecutiva y tiempo de realización y en limpieza del cuarto, sala, cocina y baño. Así como la realización del programa de limpieza de habitación y el hogar.</p> |

En suma, a nivel teórico y práctico en la discapacidad intelectual, es necesario adoptar una concepción del desarrollo interactiva y contextual en la evaluación de las necesidades especiales; la unificación de la inteligencia y conducta adaptativa desde el enfoque multidimensional; elaboración de instrumentos en el proceso; vinculación de contenidos académicos y habilidades adaptativas; metodologías orientadas a estimular el desarrollo integral y compensar sus dificultades; investigaciones sobre los procesos cognitivos y su influencia en aprendizajes-habilidades; y extender el paradigma cognitivo-conductual a un paradigma participativo en entrenamientos de competencias personales y sociales para que las personas con discapacidad sean parte activa en la sociedad que pertenecen.

SUGERENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

Como en toda investigación y con relación al tipo de estudio realizado se identificaron influencia de factores no considerados, por lo que a continuación se plasma el análisis sobre las limitaciones que se presentaron en la investigación, con la finalidad de que se tomen en cuenta en futuras investigaciones.

- *Participantes.* Se deben tener en cuenta las medidas correctivas aplicadas hasta el momento, dado que condiciona ventajas o desventajas en el entrenamiento. En la adolescencia es más difícil modelar, corregir o reeducar conductas ejecutivas-disruptivas, porque están tan arraigadas por un estilo de vida, lo que condiciona resistencia al cambio. Al principio habrá disponibilidad por aprender, la constante frustración provocará negativas a colaborar o berrinches, se requerirá motivar su esfuerzo, para volver al ritmo de trabajo. Por lo que hay que tener en cuenta, que habrá periodos con grandes avances y otros con estancamiento o retroceso de las habilidades adquiridas.
 - *Contexto-escenario.* Cuando el entrenamiento individualizado sea en el domicilio particular de los participantes, como en el caso de esta investigación, se ha de tener en cuenta las características de la vivienda, si cubre las características para el desplazamiento autónomo y para la intervención. Dado que en los casos del estudio, las viviendas difirieron en número y dimensiones de estancias, lo que repercutió en el desarrollo de las habilidades, la calidad ejecutiva y el tiempo de realización.
 - *Familia.* Es importante desde el principio hablar con los padres sobre las necesidades-potencialidades de su hijo, con la finalidad de ajustar sus expectativas con relación a él y lo que se busca con la investigación. Lo que implica constante comunicación y trabajo en equipo, porque de lo contrario se verá truncados el alcance de resultados. Al principio a los padres les costaba trabajo adaptarse a los cambios, conforme identifican avances comenzarán a retirar ayudas y permitirán que su hijo realice actividades dentro de su hogar, aunque puede permanecer la sobreprotección y niveles de exigencia elevados, por lo que se debe buscar supervisión y guía de las acciones de su hijo.
-

- *Programa.* La efectividad del programa, debe basarse en duración y estrategias de intervención en el contexto real, porque la finalidad es que las habilidades sean funcionales, por ello es importante la orientación-entrenamiento a padres para la aplicación de las estrategias en casa, por lo que al finalizar la intervención se deben dejar guías orientadoras sobre las estrategias aplicadas.
- *Investigador.* La relación entre los padres de familia y el investigador puede facilitar o dificultar el trabajo con los participantes, por tanto, una relación empática influirá en una buena comunicación, trabajo en equipo y alcance de resultados. Las relaciones se deben manejar con precaución pues se pueden crear falsas expectativas y repercutir en la investigación. El carácter y tacto de cada investigador es diferente, de tal forma que la manera de llevar a cabo el programa tiene que ver con la personalidad de quien lo imparte, porque se asocia la experiencia profesional con mejores resultados de los programas.

La formación como psicólogo educativo ofrecida por la Universidad Pedagógica Nacional de manera general es de calidad. Teóricamente es buena y puede ser excelente cuando el interés por adentrarse en los temas es propio de los estudiantes que cursan la licenciatura y los mueve a vincular-complementar los conocimientos en varias de las asignaturas impartidas durante la carrera. Es en la formación práctica donde se evidencian las limitaciones; por poner un ejemplo, en la materia Problemas de Escolar se centran mucho en niños con problemas académicos, lo que repercute considerablemente en la formación teórico-práctica para trabajar con personas con distintas discapacidades, lo que implicó al principio desorientación y dificultad para trabajar con personas con discapacidad intelectual.

Por lo que considero pertinente la apertura de espacios-actividades en semestres, prácticas, servicio social, etc. relacionadas con la discapacidad como conocimiento de la discapacidad, técnicas evaluativas, de intervención, diseño y desarrollo de programaciones, abordaje con personas con discapacidad, análisis e interpretación de diversas técnicas, etc. la sugerencia no es sólo para la Psicología Educativa y el Campo de Problemas del Escolar e Integración Educativa, si no que sería ideal aplicarlo a todos los campos de concentración.

LISTA DE REFERENCIAS

- Aguado, D. A. (1993). *Historia de las Deficiencias*. Madrid, España: Fundación ONCE.
- Álvarez, I. E. (2004). *Día internacional de las personas con discapacidad*. Recuperado el 15 de abril de 2008, de <http://www.copo.df.gob.mx/diciembre/discapacidad.html>
- Álvarez, L. y Soler, E. (1997). La diversidad en la práctica educativa. Modelos de orientación y tutoría. Madrid, España: Editorial CCS.
- Ardilla, A., Roselli, M. y Matute, V. (2005). *Retraso mental*. En: Neuropsicología de los trastornos de aprendizaje (pp. 89-103). D.F. México: UNAM.
- Arnau, G. J. (1990). *Diseño experimentales en psicología y educación*. México: Trillas.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (1997). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, Trad.). España: Alianza psicología (Trabajo original publicado en 1992).
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (2004). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (M. A. Verdugo y C. Jenaro, Trad.). Madrid: Alianza psicología (Trabajo original publicado en 2002).
- Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral (2003). *Modelo de valoración de habilidades adaptativas*. México: APAC. Recuperado el 13 de Octubre de 2007, de http://www.discapacidad.gov.co/d_interes/mexico.doc
- Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral, Confederación Mexicana de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, Instituto, Nacional de Estadística, Geografía e Información, Secretaria de Educación Publica, Secretaria de Salud y Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia Integral (2001). *Presencia del Tema de Discapacidad en la Información Estadística*. Aguascalientes, México: INEGI.
- Asociación Psicológica Americana (1996). *Manual de la diagnosis y de la práctica del profesional en el retraso mental*. División Retraso Mental e Inhabilidades de Desarrollo. Recuperado el 1 de abril de 2008, de <http://books.apa.org/books.cfm?id=431>
- Asociación Psiquiatría Americana (2002). *Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales* (4ta. Ed. Texto Revisado) (López Ibor Aliño Juan J. y Valdés Miyar, Manuel, Trad.). Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 2000).
- Baptista, Fernández y Sampieri (2006). Estudio de casos. En: Metodología de la investigación (CD-ROM) (Capítulo 4, pp. 2-37). México: McGrawHill.
- Bauer y Thomas (2000). Aprendices con deficiencia mental leve o moderada. En: *Educación especial. Un enfoque ecológico* (2da. edición) (pp. 319-341) (Alberto Velásquez y Alejandra Rivera, Trad.). México: McGraw-Hil (Trabajo original publicado en 1998).
- Bautista, P. D. y Paradas, V. R. (1993). La deficiencia Mental. En: Bautista, R. (Coord.) *Necesidades Educativas Especiales* (2da. edición) (pp. 271-225). España: Aljibe.
- Benavente M. S. (1991). Calidad de vida y empleo en la deficiencia mental. *Siglo Cero*. (138), pp. 64-66.
- Bender, L. (1984). *Test giestáltico visomotor: usos y aplicaciones clínicas* (B.G.). (Delia Camelli, Trad.). México: Paidós (Trabajo original 1897).

-
- Bender, M. y Valletutti P. (1981). *Programas para la enseñanza del deficiente mental. Comportamiento general y hábitos de autocuidado* (Roser Berdaguer y Montserrat Biosca, Trad.). España: Fontanella, (Trabajo original publicado en 1976).
- Bermejo G. B y Verdugo M. A. (1998). *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Bernal T., Galindo E., Galguera M., Taracena E. y Padilla F. (1990). *Modificación de conducta en la educación especial Diagnostico y programas*. México: Trillas.
- Calvo, R. y Martínez, A. (1997). *Técnicas y procedimientos para realizar las adaptaciones curriculares*. Barcelona, España: Praxis.
- Casas, Domínguez y Martínez, (2001). *Las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado*. Recuperado el 17 de noviembre de 2008, de http://www.feapsandalucia.org/opencms/opencms/Feaps/descarga/categorias/atencion_dia.pdf
- Castañedo, C. (1999). *Deficiencia mental. Aspectos teóricos y tratamientos* (4ta edición) Madrid, España: CCS.
- Castañedo, C. (2001). *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. Evaluación e Intervención (3 era. edición). Madrid, España: CCS.
- Cervantes (2006). *Identificación y análisis de las políticas públicas establecidas para combatir la discriminación hacia las personas con discapacidad a nivel nacional*. Recuperado el 8 de abril de 2008, de <http://www.conapred.org.mx/estudios/docs>.
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2000). *Pruebas psicológicas. Una introducción a las pruebas y la medición*. (4ta. Ed). México: McGrawHill.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa (2004). *La recomendación Sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad en personas con Trastornos Mentales*. Recuperado el 13 de Febrero de 2008, de ([http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/News/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/News/Rec(2004)10%20e.pdf))
- Confederación Interamericana de la Liga Internacional de Asociaciones a favor de Niños con Deficiencia Mental, Instituto Interamericano del Niño y Asociación Canadiense para la Vida Comunitaria. (1993). *Declaración de Managua*. Managua; Nicaragua: CILPEDIM: IIN: CALC.
- Consejo nacional de Población (2005). *Conteo de Población y características socioeconómicas*. Recuperado el 1 de abril de 2008, de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/003a.pdf>.
- Consejo Nacional para Personas con Discapacidad (2008). *En México hay 9 millones de personas con discapacidad*. Recuperado el 19 Enero 2009, de <http://www.presidencia.gob.mx/prensa>
- Corman, L., (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médica-pedagógica*. (Trad. Iris Acacia Ibáñez). Buenos Aires: Kapelusz.
- Crespo, Campo y Verdugo (2003). Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de La Discapacidad y la Salud CIF. Un largo camino recorrido. *Siglo Cero*. (34), pp. 27-44.
- Deutsch S. D. (2003). El retraso mental. En: *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. (4ta.edición) (pp. 241-286) (Arturo Grana y Fernando Ramos, Trad.). Madrid, España: Pearson Prentice Hall. (Trabajo original publicado en 2001).
-

-
- Donlon, E. y Fulton-Burton, L. (1989). *La enseñanza de los deficientes severos y profundos. Un enfoque práctico*. (Hilda Gambará D'Errico, Trad.). España: Siglo XXI en coedición con MEC. (Trabajo original publicado en 1976).
- Espada, J., Quiles P, y Terol, M. (2008). *Habilidades de autonomía personal y discapacidad intelectual*. Recuperado el 17 de noviembre de 2008, de <http://cefire/congresos/2003/Material/Comunicaciones/Com31.pdf>.
- Ezcurra, O. M. y Molina, A. A. (2000). *Elementos para un diagnóstico de la integración educativa de las niñas y los niños con discapacidad y necesidades educativas especiales, en las escuelas del Distrito Federal*. México: Gobierno de Distrito Federal y UNICEF.
- Fierro, A. (1990). Los alumnos con retraso mental. En: Marchesi, A., Coll, C., y Palacio, C. (Comps). *Desarrollo psicológico y educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp. 273-302). Madrid, España: Alianza.
- Franco, J. y Recio, B. (2003). Modelo conductista. En: Millán, M. y Serrano, S (2003) (coords.). *Psicología y Familia*. (pp. 64-105). España: Illustrated.
- Fuentes, M. L. (1998). *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*. D.F. México: Ediciones Milenio.
- García (2006). Concepto actual de la discapacidad intelectual. En: *Intervención psicosocial*. 14 (3), 255-276.
- García, I., Escalante, I., Escandón, M., Fernández, L., Mustri, A. y Puga, I. (2000a). *La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*. México: Secretaría de Educación Pública.
- García, S. (1999) (Coord.) *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Madrid, España: Pirámide.
- Giné, C. y Fot, J. (2007). El alumno con discapacidad intelectual y del desarrollo. En: Joan Bonals, J, y Sánchez, M. (coord.) *El manual de neuropsicología. Manual de asesoramiento psicopedagógico* (pp. 85-105). Colección crítica y fundamentos 17. Madrid, España: Graó.
- Gómez-Palacio, M. (2002). El retraso mental. En: La educación especial. Integración de los niños excepcionales en la familia, en la sociedad y en la escuela (pp. 37-70). México: Fondo de Cultura Económica.
- González, J. J. (2009). Proyecto Vida Independiente. Recuperado el 15 de enero de 2009, de http://www.down21.org/act_social/proyectovida/viv_calid/h_funcional.htm
- González-Pérez, J. (2003). *Discapacidad intelectual. Concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: España: CCS
- Goodenoug, F. L. (1957). Test de inteligencia infantil: por medio del dibujo de la figura humana: manual. (Ma. Luisa Ferrando de Cobanera Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original Measurement if Inteligence By Brominas)
- Grau, R. C. (1999). *Concepto de retraso mental y sus implicaciones educativas y rehabilitadoras*. Recuperado el 01 de Octubre de 2007, de <http://dewey.uab.es/pmarques/dioe/retraso.doc>
- Guevara, B. Y., Ortega, S. P. y Plancarte, C. P. (2001). *Psicología conductual. Avances en educación especial*. México: UNAM
- Gwyn y Hutt (1988). *Los niños con retardos mentales*. (Agustín Barcena, Trad.). México: Fondo de Cultura Económica (Trabajo original en 1979).
-

-
- Heward, W. L. (1998). Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial (5ta. Edición) (Ángeles, Esponzoa Bayal y Alejandro Jockl, Trad.). Madrid, España: Pretince Hall. (Trabajo original en 1996).
- Hogan (2004). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica* (José Luis Nuñez Trad.). México: Manual Moderno (Texto original publicado en el 2003).
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2002). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2005). *Características de las personas con discapacidad mental*. México, INEGI.
- Kerlinger. F, y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (Pineda y Mora, Trad). México: McGraw-Hill.
- Labrador, F. Cruzado, J. y Muñoz, M. (1999) Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta Madrid; España: Psicología Pirámide.
- Lachapelle, Y. (2004). ¿Qué es la discapacidad Intelectual? Recuperado el 27 de octubre de 2007, de <http://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/40/.pdf>.
- León y Montero (1997). Experimentos con N=1 y ética, informe y ta documentación. En: Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación (2da. Ed.) (pp. 233-262 y 339-380). España: McGrawHill.
- López, M. J. (2004). La evaluación psicopedagógica. Recuperado el 22 de agosto de 2007, de <http://www.psicopedagogía.com7articulos7?articulo=183>
- Macotela, S. y Romay, M. (1992). *Inventario de Habilidades Básicas. Un modelo diagnóstico-prescriptivo para el manejo de problemas asociados al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.
- Madrid, J. M. (1992). Atención institucional para la integración social y laboral de los minusválidos psíquicos. *Siglo Cero* (142), 18-32.
- Martín-Caro, L. y Otero, P, (1999). Retraso mental. Historia y caracterización, Evaluación e intervención psicopedagógica en el retraso mental. En: García, S. (Coords.) (1999). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo* (2da edición) (pp. 241 - 256 y 257 - 27). Madrid, España: Pirámide.
- Martínez, G. (1999). Vida productiva del deficiente mental. *Rompan Filas*.(39) PP. 32-39
- Meece, J. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Mc. Graw- Hil
- Molina, G. S. (1999). *Deficiencia Mental. Aspectos psiconevolutivos y educativos* (2da edición). Madrid, España: Aljibe.
- Montero (2005). La conducta adaptativa en el panorama científico y profesional actual. En: *Intervención psicosocial*. 14 (3), 27-293.
- Moruno, M. P. y Romero, A. D. (2006). Definición y clasificación de las actividades de vida diaria. En: Moruno, M. P. y Romero, A. D. (2006) *Actividades de la vida diaria* (pp. 3 - 23). España: Elsevier
- Organización de Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Organización de Naciones Unidas (1969). *Declaración del Progreso y Desarrollo Social*.
-

-
- Organización de Naciones Unidas (1971). *Declaración de los derechos del retrasado mental*.
- Organización de Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*.
- Organización de Naciones Unidas (1992). *Declaración del Día internacional de las personas con discapacidad*.
- Organización de Naciones Unidas (1993). *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con discapacidad*.
- Organización de Naciones Unidas (1996). *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*.
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Declaración de las personas con Discapacidad*.
- Organización de Naciones Unidas. (1975). *Declaración de los Derechos de los Impedidos*.
- Organización de Naciones Unidas. (1989). *Convención de los Derechos de los Niños*.
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Recuperado 12 octubre 2007, de http://www.discapnet.es/Clasificacion_Internacional_Deficienc_Discapacidad_inusvalias.htm.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados*. Recuperado el 12 de Octubre de 2007, de <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la salud*. Recuperado el 12 de octubre de 2007, de <http://www.who.int/classifications/icf/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado el 5 de Abril de 2008, de <http://www.who.int/whr2001/2001/main/sp/09/07/2003>.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de Recursos Sobre la Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación de la OMS*. Recuperado el 13 de Febrero de 2008 de http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/.pdf
- Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos*. Recuperado el 13 de Febrero de 2008, de http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm.
- Poder Ejecutivo Federal (1993). *Ley general de educación*. Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 13 de julio 1993.
- Poder Ejecutivo Federal (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-173-ssa1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de Diciembre de 1999.
- Poder Ejecutivo Federal (2002). *Creación de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el de 2002.
- Poder Ejecutivo Federal (2005). *Ley General de Personas con Discapacidad*. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2005.
-

-
- Poder Ejecutivo Federal. (1993). *Artículo Tercero. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México.
- Portuondo, Juan Antonio (2001). *La figura humana: test proyectivo de Karen Machover*. México Madrid: Colofón; Biblioteca Nueva.
- Programa Nacional de Actualización Permanente (2000). *Curso Nacional de Integración Educativa*. México: SEP.
- Querejeta, G. (2003). *Discapacidad-dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2008 de. [http://www. Medicina informacion.com/archivos_ejecutables/discapacidad_dependencia.pdf](http://www.Medicinainformacion.com/archivos_ejecutables/discapacidad_dependencia.pdf)
- Rivera, A. S. y García, M. M. (2005). *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: UNAM: Miguel Ángel Porrúa.
- Romero A. D. (2007). *Actividades de la vida diaria*. Recuperado el 11 de febrero de 2008, de http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf.
- Romero, A. D. (2006). Actividades de la vida diaria desde una perspectiva evolutiva En: Moruno y Romero (2006) *Actividades de vida diaria* (pp. 23-35). España: Elsevier
- Sánchez M. (2001). *Principios de educación especial*. Madrid, España: CCS.
- Schalock, R. L. (1999). *Hacia una nueva concepción de discapacidad* Recuperado el 14 de Enero de 2008, <http://www.usal.es/~jornadas/jornada/actas/conf7.pdf>
- Scheerenberger, R.C. (1984): *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales (Publicación original 1983).
- Schom, M. E. (2003). *La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo: concepciones psicológicas*. Buenos aires, Argentina: Paidó.
- Secretaría de Educación Pública (2002). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México, D. F. SEP
- Secretaria de Educación Pública y Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (1997). *Conferencia Nacional, Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales: Equidad para la diversidad*. México: SEP-SNTE.
- Secretaria de Salud (2002). *Encuesta Nacional de Salud*. México. SSA. Recuperado el 15 de Abril de 2008, de http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (2006). *Diagnóstico de Población con Discapacidad del Distrito Federal*. México. DIF- DF
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Sollloa G. (2001). *Los trastornos psicológicos en el desarrollo del niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas - U. Anahuac.
- Sacks, J. (1967). El test de frases incompletas. En. Abt y Bellak: *Psicología proyectiva*. Buenos Aires. Paidos.
- Taylor, S. J. (2007). *El retraso mental no es más, nuevo nombre es intelectual y discapacidades del desarrollo*. Recuperado el 13 de Febrero de 2008, de <http://www.aaid.org/>.
- Tirado, L, M, (2006). Cifras y costos de la discapacidad. Recuperado el 15 de octubre de 2007, de <http://www.ccem.org.mx/costos.htm>
- UNESCO (1968). Conferencia sobre Igualdad de Oportunidades.
-

-
- UNESCO (1981). *Año Internacional de los Impedidos*. Documento aprobado en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1975.
- UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca. Principios, Política y Práctica para las Necesidades Educativas Especiales*.
- UNESCO (1994). *Declaración Sundberg*.
- UNESCO (1995). *Cumbre Nacional de Desarrollo*
- Velasco J. (1994). Entrenamiento de un hábito de autocuidado. Recuperado el 27 de octubre de 2007, de <http://www.psicothema.com/pdf/921.pdf>
- Verdugo A (2004). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. Siglo Cero. N° 205. pp. 5-19
- Verdugo A. (1988). La integración personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos: elaboración y aplicación experimental de un programa conductual. Madrid, España: CIDE.
- Verdugo A. (2006). *Programa de habilidades de la vida diaria para la mejora de la conducta autodeterminada en personas con enfermedad mental grave y prolongada*. Salamanca: Colección Investigación 3/2006 - Publicaciones inicio.
- Villalobos, O. J. (2000). Discapacidad. Recuperado el 15 de abril de 2008, de www.medspain.com/ant/n14_jul00/DISCAPACIDAD.htm
- Warnock, M. (1978). Warnock Reporte: Necesidades Educativas Especiales. White Paper. Londres: ESRC.
- Wechsler, D. (1984). Escala de inteligencia revisada para el nivel escolar (Adaptado /estandarizado por Gómez-Palacio, Padilla y Roll). México: Manual Moderno.
- Wiesner, D. J. (2004). Discapacidad intelectual en ves de retardo mental. En: Discapacidad y capacidad intelectual: en el fulano, el autista, el anciano, el amnésico, el disléxico, el genio-idiota, el lactante y en el paupérrimo (pp. 23 - 26). Colombia. Academia Nacional de Medicina.
- Wood, G. (1984). *Fundamentos de la investigación psicológica*. (J. M. Salazar Palacios, Trad.). México: Trillas.
-

Anexo 1. Programa de intervención

La aplicación del presente programa de intervención supone una alternativa curricular sobre la educación regular y especial en personas con discapacidad intelectual, el contenido y la metodología adaptados fueron tomados con relación a la filosofía de integración social, aportaciones de Molina (1999), Guevara, Ortega y Plancarte (2001), González-Pérez (2003), Programas de entrenamiento de Bernal y cols. (1990), Bender y Vallettuti (1981) y Verdugo (2006) y planteamientos curriculares de Madrid, (1992) y Castañedo (2001). Quedando finalmente estructurado por parte de los programas de habilidades sociales de adaptación de Bernal y cols. (1990), programas de comportamiento general y hábitos de autocuidado de Bender y Vallettuti (1981) y el programa de habilidades de la vida diaria para mejorar la conducta autodeterminada en personas con enfermedad mental de Verdugo (2006). Los objetivos, actividades y estrategias metodológicas del programa son con base a conclusiones de investigaciones, análisis de programas para personas con discapacidad intelectual y características-necesidades de las participantes. La dirección del programa a adolescentes femeninas con discapacidad intelectual queda justificada porque a pesar de ser personas que acceden a escuelas especiales o especiales, en la adolescencia evidencian niveles mínimos de independencia y adaptación. En la adolescencia se hace patente déficit en habilidades adaptativas, independencia personal, adaptación social y no inicio en la preparación pre-laboral, por este motivo la educación en personas con discapacidad intelectual debe complementarse con las áreas mencionadas, porque solo así se posibilitará su desarrollo integral e integración social, dado que el desarrollo las habilidades laborales y adaptativas permitirán gozar de calidad de vida.

Propósitos y contenidos del programa. La meta es el máximo nivel de autonomía e independencia personal en los hábitos de aseo y arreglo personal y los relacionados con la vida diaria en el hogar. Busca preparar a los aprendices para vivir lo más autosuficientemente posible con la finalidad de que participen en las actividades cotidianas de su hogar. Las habilidades entrenadas se agrupan en cuatro conjuntos, el primero se compone de habilidades para asearse, arreglarse y presentar una apariencia externa agradable; el segundo aborda las habilidades relacionadas con la preparación de alimentos y la alimentación; las conductas de limpiar, ordenar y mantener la habitación y el hogar corresponden al tercer grupo; finalmente el cuarto se relaciona con la orientación a padres con relación a las habilidades a enseñar, técnicas de intervención, rutina de vida diaria y dinámica familiar (sistemas de reglas). En suma el PHA-AyVD implica tres objetivos generales, seis específicos y 35 operativos.

Instrumentos para la aplicación del programa. Los instrumentos instructivos básicos en la aplicación del programa son: la ficha de trabajo, la hoja de registro (análisis de tarea de cada habilidad), la hoja de grafica de evolución (conductas entrenadas en cada habilidad en cada sesión) y listado de objetivos. La ficha de trabajo contiene toda la información para abordar el entrenamiento de los objetivos operativos, especificando las conductas de la instructora y el aprendiz. La hoja de registro de datos recoge toda la información del entrenamiento y la hoja grafica evolutiva contiene toda la información de los avances por sesión y las evaluaciones continuas, lo que permite valorar el ritmo de aprendizaje de los aprendices y a su vez realizar modificaciones o adecuaciones a materiales, estrategias de enseñanza, retroalimentación, etc.

Técnicas de entrenamiento. Las estrategia pilares son el análisis de tareas y encadenamiento hacia atrás; el paquete de técnicas son instrucción verbal-visual, modelado, imitación, feedback, reforzamiento, auto aprendizaje y autorregulación. Inicialmente se analiza el dominio y funcionalidad de cada habilidades, para ello se les explica a los aprendices la importancia de cada una de ellas, la manera y momentos correctos de ejecución y las consecuencias físicas-sociales de no llevarlas a cabo autónomamente; después se procede al modelado de las habilidades tras éste el aprendiz debe de ensayarla las veces que sea necesario, aquí la instructora debe prestar ayuda (verbal, gestual o física) la cual deben disminuir paulatinamente hasta desaparecer, el reforzamiento quedará marcado por la realización de las habilidades en las rutinas de vida, donde los padres de familia deben supervisan y registrar la calidad ejecutiva de cada habilidad remarcando si fu necesaria la indicación. Finalmente cuando los aprendices logren dominar la ejecución de las habilidades se debe intensificar la funcionalidad y generalización para ello se puede complementar con otras técnicas como sistema de fichas, entrenamiento en vivo, tareas en casa, autoevaluación y solución de problemas, la implementación dependerá de la situación, el contexto, el nivel de funcionamiento y características de cada aprendiz,

Lineamientos de evaluación. La evaluación inicial se realizará marcando línea base de las conductas relacionadas con las actividades a entrenar, con la finalidad de valorar el nivel ejecutivo y funcional de cada tipo de habilidad en cada aprendiz, de está manera se valorará el tipo y grado de ayudas necesarias, la actitud hacia la actividad y la presencia de conductas problemáticas. Posteriormente se pasará al entrenamiento propiamente dicho, en él se seguirán llevando registros y valoraciones continuas lo que ayudará a identifica la tendencias en los resultados y los efectos positivos y negativos. Finalmente la intervención terminará con la postevaluación la cual debe respetar las mismas características de la línea base con la finalidad de comparan resultados. Como puede observarse la evaluación se debe realizarse en todo momento antes al sacar la línea base, durante para marcar la tendencias en los resultados y al final para identificar los efectos positivos, estables o negativos del programa de intervención, se menciona porque su relevancia radica en establecer que los avances del aprendiz se deben al programa de intervención, por lo que la participación de los padres de familia en el registro de datos es indispensable para la obtención de real de resultados.

OBJETIVO GENERAL 1: El aprendiz desarrollará los hábitos necesarios para lavarse, asearse, vestirse-desvestirse, colocarse-quitar zapatos, peinarse, maquillarse y manejar sus cuidado íntimos, a fin de actuar de la mejor manera y lucir socialmente presentable en su vida diaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 1.1. El aprendiz desarrollará hábitos de aseo y personal y apariencia externa aceptable.

OBJETIVOS OPERATIVOS:

1. El aprendiz se lavará y secará las manos de manera autónoma en los momentos adecuados
2. El aprendiz se lavará y secará la cara de manera autónoma en los momentos adecuados
3. El aprendiz se lavará los dientes de manera autónoma en los momentos adecuados
4. El aprendiz se lavará y secará el pelo de manera autónoma en los momentos adecuados
5. El aprendiz se peinará de manera autónoma en momentos los adecuados
6. La adolescente aprendiz será autónoma en la aplicación y regulación de maquillaje según la actividad a realizar
7. La adolescente será autónoma en los cuidados de su cuerpo en el periodo de menstruación.

REPERTORIO DE ENTRADA:

Haber cubierto habilidades básicas y no tener impedimentos físicos.

CRITERIO DE EVALUACIÓN:

- Lava y seca las manos de manera autónoma en momentos correctos.
- Lava y seca la cara de manera autónoma en momentos correctos.
- Lava los dientes de manera autónoma en momentos correctos.
- Lava y seca el pelo de manera autónoma en momentos correctos.
- Se peina de manera autónoma en momentos correctos.
- Aplica maquillaje de manera autónoma en momentos correctos.
- Durante el periodo menstrual es autónoma en su aseo íntimo

RECURSOS:

Escenario: baño y habitación.

Materiales: jabón, líquido y de barra, shampoo, vaso, pasta y cepillo de dientes, peine, cepillo, accesorios de cabello, spray o gel, crema, cosméticos, espejo, papel higiénico, toallas de papel y de tela (manos y cabello), toalla sanitaria, ropa interior y maniquí.

Papelería: diapositivas con ejemplos de actividades, plantillas de la secuencia de cada habilidad, esquema de rutina de vida, ficha de trabajo, ficha de registro y ficha grafica evolutiva.

ACTIVIDADES: instrucción, modelado, imitación, retroalimentación, reforzamiento, funcionalidad y generalización.

DESCRIPCIÓN Y METODOLOGÍA:

A) ANTECEDENTES

- A.1. La instructora explica la importancia del aseo personal y los beneficios de realizarlo de manera autónoma.
- A.2. La instructora valora y analiza el nivel ejecutivo-funcional (línea base) de cada una de las habilidades de aseo personal.
- A.3. La instructora muestra en láminas la secuencia que implica cada una de las habilidades de aseo personal.
- A.4. La instructora modela cada una de las habilidades de aseo personal.
- A.5. La instructora retroalimenta sobre la importancia del personal y las ventajas de realizarlo en momentos adecuados y de manera autónoma.

B) CONDUCTAS

- B.1. El aprendiz identifica y menciona la importancia del aseo personal.
- B.2. El aprendiz se pregunta que se debe hacer, decide la naturaleza de cada una de las tareas y menciona los momentos en que se deben realizar.
- B.3. El aprendiz identifica y menciona el orden secuencial (análisis de tareas) de cada una de las tareas de aseo personal.
- B.4. El aprendiz imita cada una de las habilidades de aseo personal hasta dominarlas, para ello en cada ejecución deberá reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores.
- B.5. El aprendiz realiza de manera autónoma cada una de las habilidades de aseo personal marcadas en su rutina de vida.

OBSERVACIONES: Al principio será necesario dar indicación, recordar o brindar algún tipo de ayuda (dichas acciones deben disminuir paulatinamente a lo largo del entrenamiento hasta desaparecer), cuando el aprendiz haya dominado la ejecución de las habilidades se debe centrar en la funcionalidad y generalización de cada una de ellas. El entrenamiento debe basarse en el autoaprendizaje, por lo que el aprendiz debe decidir la naturaleza de la tarea, determinar el orden secuencial para completar la tarea, en cada ejecución (ya sea en el entrenamiento o en su rutina de vida) reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores. Finalmente para lograr resultados óptimos es necesario instruir en los escenarios originales; cambiar las indicaciones, claves, apoyos, materiales, respuestas y tiempos de ejecución; pasar de un estímulo único a varios estímulos; agregar distractores, etc.

OBJETIVO GENERAL 1: El aprendiz desarrollará los hábitos necesarios para lavarse, asearse, vestirse-desvestirse, colocarse-quitar zapatos, peinarse, maquillarse y manejar sus cuidados íntimos, a fin de actuar de la mejor manera y lucir socialmente presentable en su vida diaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 1.2. El aprendiz adquirirá autonomía personal para vestirse-desvestirse y colocarse-quitar diversos zapatos.

OBJETIVO OPERATIVO:

1. El aprendiz se pondrá y quitará ropa interior de manera autónoma en los momentos adecuados.
2. El aprendiz se pondrá y quitará ropa superior de manera autónoma en los momentos adecuados.
3. El aprendiz se pondrá y quitará ropa con cierres de manera autónoma en los momentos adecuados.
4. El aprendiz se pondrá y quitará ropa con botones de manera autónoma en los momentos adecuados.
5. El aprendiz se pondrá y quitará calzados de manera autónoma en los momentos adecuados.

REPERTORIO DE ENTRADA:

Haber cubierto habilidades básicas y no tener impedimentos físicos.

CRITERIO DE EVALUACIÓN:

- Pone-quita ropa interior de manera autónoma en los momentos correctos.
- Pone-quita ropa cerrada de manera autónoma en los momentos correctos.
- Pone-quita ropa de cierres de manera autónoma en los momentos correctos.
- Pone-quita ropa de botones de manera autónoma en los momentos correctos.
- Pone-quita zapatos-tenis de manera autónoma en los momentos correctos.

RECURSOS:

Escenario: habitación.

Materiales: prendas interiores, superiores cerrada, de cierres y botones, zapatos cerrados, de broche, hebilla y tenis, mesa, espejo, maniquí.

Papelería: diapositivas con ejemplos de actividades, plantillas de la secuencia de cada habilidad, esquema de rutina de vida, ficha de trabajo, ficha de registro y ficha gráfica evolutiva.

ACTIVIDADES: instrucción, modelado, imitación, retroalimentación, reforzamiento, funcionalidad y generalización.

DESCRIPCIÓN Y METODOLOGÍA:

A) ANTECEDENTES

- A.1. La instructora explica la importancia del arreglo personal y los beneficios de realizarlo de manera autónoma.
- A.2. La instructora valora y analiza el nivel ejecutivo-funcional (línea base) de cada una de las habilidades de arreglo personal
- A.3. La instructora explica como colarse y prendas interiores, superiores cerradas, de botones y cierres y diversos zapatos (cerrado, hebilla y tenis).
- A.4. La instructora muestra en láminas la secuencia que implica cada una de las habilidades de aseo personal.
- A.5. La instructora enseña como poner-quitar prendas interiores y superiores cerradas, de botones y cierres explicando todos los pasos para cada prenda.
- A.6. La instructora enseña como poner-quitar diversos zapatos, explicando todos los pasos para cada tipo de zapato.
- A.7. La instructora retroalimenta sobre la importancia del arreglo personal y las ventajas de realizarlo en momentos adecuados y de manera autónoma.

B) CONDUCTAS

- B.1. El aprendiz identifica y menciona la importancia del arreglo personal.
- B.2. El aprendiz se pregunta que se debe hacer, decide la naturaleza de cada una de las tareas y menciona los momentos en que se deben realizar.
- B.3. El aprendiz identifica como poner-quitar diversos tipos de prendas y zapatos
- B.4. El aprendiz identifica y menciona el orden secuencial (análisis de tareas) de cada una de las tareas de arreglo personal
- B.5 y 6. El aprendiz imitará cada una de las habilidades de vestido-desvestido de prendas interiores-superiores y la colocación de diversos zapatos hasta dominarlas, para ello en cada ejecución deberá reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores.
- A.7. EL aprendiz realizará cada una de las habilidades de aseo personal marcadas en su rutina de vida de manera autónoma.

OBSERVACIONES: cuando el aprendiz haya logrado vestir la muñeca o hacerlo en la mesa intensifique el trabajo sobre el cuerpo hasta lograr el dominio de las habilidades. Al principio será necesario brindar algún tipo de ayuda (dichas acciones deben disminuir paulatinamente a lo largo del entrenamiento hasta desaparecer), cuando el aprendiz haya dominado la ejecución de las habilidades se debe centrar en la funcionalidad y generalización de cada una de ellas. El entrenamiento debe basarse en el autoaprendizaje, por lo que el aprendiz debe decidir la naturaleza de la tarea, determinar el orden secuencial para completar la tarea, en cada ejecución (ya sea en el entrenamiento o en su rutina de vida) reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores. Finalmente para lograr resultados óptimos es necesario instruir en los escenarios originales; cambiar las indicaciones, claves, apoyos, materiales, respuestas y tiempos de ejecución; pasar de un estímulo único a varios estímulos; agregar distractores, etc.

OBJETIVO GENERAL 2: El aprendiz desarrollará los hábitos necesarios para comer-beber y comportarse, así como independencia para planear, conservar y preparar bocadillos-alimentos, a fin de satisfacer una necesidad básica y participar en las actividades del hogar en su vida diaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 2.1. El aprendiz adquirirá autonomía personal para planear, preparar y conservar alimentos.

OBJETIVOS OPERATIVOS:

1. El aprendiz identificará alimentos saludables; desayuno, comida y cena.
2. El aprendiz utilizará de manera autónoma utensilios de la cocina.
3. El aprendiz utilizará de manera autónoma aparatos electrónicos propios de la cocina.
4. El aprendiz planeará su propio menú semana, a fin de balancear su dieta.
5. El aprendiz preparará bocadillos y bebidas sencillos, a fin de satisfacer su necesidad.
6. El aprendiz preparará alimentos a fin de satisfacer su necesidad.
7. El aprendiz conservará alimentos y utensilios-aparatos electrónicos.

REPERTORIO DE ENTRADA: Haber cubierto habilidades básicas y no tener impedimentos físicos significativos.

CRITERIO DE EVALUACIÓN:

- Identifica alimentos del desayuno, comida y cena.
- Utiliza utensilios de la cocina de manera autónoma.
- Utiliza aparatos electrónicos de manera autónoma.
- Planifica un menú semanal: desayuno, comida y cena.
- Prepara bocadillos y bebidas sencillos de manera autónoma.
- Prepara alimentos de manera autónoma.
- Conserva alimentos y espacios utilizado.

DESCRIPCIÓN Y METODOLOGÍA:

A) ANTECEDENTES

- A.1. La instructora explica la importancia de identificar, planificar, preparar y conservar alimentos y los beneficios de realizarlo de manera autónoma
- A.2. La instructora valora y analiza el nivel ejecutivo-funcional (línea base) de habilidades de identificación-planificación-preparación-conservación de alimentos.
- A.3. La instructora muestra en láminas la secuencia que implica cada una de las habilidades de identificación-planificación-preparación-conservación de alimentos.
- A.4. La instructora enseña a identificar, planificar y preparar bocadillos-alimentos respetando los tiempos del desayuno, comida y cena. Remarcando acciones preventivas y de conservación de alimentos, utensilios-eléctricos y espacios utilizados, explicando todos los pasos para cada actividad.
- A. 6. La instructora retroalimenta sobre la importancia de la identificación, planificación, preparación y conservación de alimentos y las ventajas de realizarlo respetando las medicas preventivas y de manera autónoma.

RECURSOS:

Escenario: cocina

Materiales: alimentos (fruta, verdura, sopa, carne, etc.), condimentos y complementos (azúcar, sal, aceite, etc.), utensilios de cocina, estufa de gas, electrodomésticos, artículos de limpieza de cocina.

Papelería: diapositivas con ejemplos de actividades, plantillas de la secuencia de cada habilidad, esquema de rutina de vida, ficha de trabajo, ficha de registro y ficha grafica evolutiva.

ACTIVIDADES: instrucción, modelado, imitación, retroalimentación, reforzamiento, funcionalidad y generalización.

B) CONDUCTAS

- B.1. El aprendiz identifica y menciona la importancia de identificar, planificar, preparar y conservar diversos bocadillos y alimentos.
- B.2. El aprendiz se pregunta que se debe hacer, decide la naturaleza de cada una de las tareas y menciona los momentos en que se deben realizar.
- B.3. El aprendiz identifica y menciona el orden secuencial (análisis de tareas) de cada una de las tareas de identificación, planificación, preparación y conservación de alimentos.
- B.4. El aprendiz imitará cada una de las habilidades de identificación, planificación, preparación y conservación de alimentos y limpieza de utensilios y espacios utilizados hasta dominarlas, para ello en cada ejecución deberá reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores.
- B.5. EL aprendiz realizará cada una de las habilidades de identificación, planificación, preparación y conservación de alimentos, utensilios-eléctricos y espacios utilizados marcadas en su rutina de vida de manera autónoma.

OBSERVACIONES: Al principio será necesario brindar ayuda (debe disminuir hasta desaparecer), cuando el aprendiz haya dominado la ejecución de las habilidades se debe centrar en la funcionalidad y generalización de cada una de ellas. El aprendiz debe decidir la naturaleza de la tarea, determinar el orden secuencial para completar la tarea, en cada ejecución (ya sea en el entrenamiento o en su rutina de vida) reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores. Finalmente para lograr resultados óptimos es necesario instruir en los escenarios originales; cambiar las indicaciones, claves, apoyos, materiales, respuestas y tiempos de ejecución; pasar de un estímulo único a varios estímulos; agregar distractores, etc.

OBJETIVO GENERAL 2: El aprendiz desarrollará los hábitos necesarios para comer-beber y comportarse, así como independencia para planear, conservar y preparar bocadillos-alimentos, a fin de satisfacer una necesidad básica y participar en las actividades del hogar en su vida diaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 2.2. El aprendiz desarrollará hábitos necesarios para comer-beber independientemente y comportarse de manera socialmente aceptable.

OBJETIVOS OPERATIVOS:

1. El aprendiz identificará los elementos de mesa, a fin de usarlos correctamente.
2. El aprendiz colocará de manera autónoma los elementos de mesa según el tipo de comida.
3. El aprendiz comerá, beberá y se comportará durante la comida.
4. El aprendiz conservará alimentos no ingeridos y elementos de mesa.

REPERTORIO DE ENTRADA: Haber cubierto habilidades básicas y tener la capacidad de retener masticar, tragar alimento y manejar los utensilios.

CRITERIO DE EVALUACIÓN:

- Identifica y usa correctamente los elementos de mesa.
- Coloca los elementos de mesa según el tipo de comida.
- Come, bebe y se comporta durante la comida.
- Conserva alimentos no ingeridos y espacios utilizados.

RECURSOS:

Escenario: cocina y comedor.

Materiales: componentes de mesa (mantelería, vajilla, cristalería, cubiertos, servilletas, etc.).

Papelería: diapositivas con ejemplos de actividades, plantillas de la secuencia de cada habilidad, esquema de rutina de vida, ficha de trabajo, ficha de registro y ficha grafica evolutiva.

ACTIVIDADES: instrucción, modelado, imitación, retroalimentación, reforzamiento, funcionalidad y generalización.

DESCRIPCIÓN Y METODOLOGÍA:

A) ANTECEDENTES

A.1. La instructora explica la importancia de las habilidades de presentación de mesa, alimentación, buenas conductas y conservación durante la comida y los beneficios de realizarlo de manera autónoma.

A.2. La instructora valora y analiza el nivel ejecutivo-funcional (línea base) de cada una de las habilidades de presentación de mesa, alimentación, buenas conductas y conservación durante la comida.

A.3. La instructora muestra en láminas de la secuencia que implica cada una de las habilidades de presentación de mesa, alimentación, buenas conductas y conservación durante la comida.

A.4. La instructora enseña y modela cómo poner la mesa según el tipo de comida, cómo utilizar los componentes de la mesa, las conductas a realizar antes, durante y después de la comida.

A.5. La instructora retroalimenta sobre la importancia de la de mesa, buenas conductas, conservación durante la comida y las ventajas de realizarlo de manera autónoma y socialmente aceptable.

B) CONDUCTAS

B.1. El aprendiz identifica y menciona la importancia de las habilidades de presentación de mesa, buenas conductas y conservación durante la comida

B.2. El aprendiz se pregunta que se debe hacer, decide la naturaleza de cada una de las tareas y menciona los momentos en que se deben realizar.

A.3. El aprendiz identifica y menciona el orden secuencial (análisis de tareas) de cada una de las tareas de presentación de mesa, buenas conductas y conservación durante la comida

B.4. El aprendiz imita cada una de las habilidades de presentación de mesa, buenas conductas y conservación durante la comida hasta dominarlas, para ello en cada ejecución deberá reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores.

B.5. El aprendiz realiza de manera autónoma cada una de las habilidades de de presentación de mesa, buenas conductas y conservación durante la comida marcadas en su rutina de vida.

OBSERVACIONES: Al principio será necesario dar indicación, recordar o brindar algún tipo de ayuda (dichas acciones deben disminuir paulatinamente a lo largo del entrenamiento hasta desaparecer), cuando el aprendiz haya dominado la ejecución de las habilidades se debe centrar en la funcionalidad y generalización de cada una de ellas. El entrenamiento debe basarse en el autoaprendizaje, por lo que el aprendiz debe decidir la naturaleza de la tarea, determinar el orden secuencial para completar la tarea, en cada ejecución (ya sea en el entrenamiento o en su rutina de vida) reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores. Finalmente para lograr resultados óptimos es necesario instruir en los escenarios originales; cambiar las indicaciones, claves, apoyos, materiales, respuestas y tiempos de ejecución; pasar de un estímulo único a varios estímulos; agregar distractores, etc. Por ejemplo se recomienda organizar comidas por motivos especiales con compañeros, familiares, amigos, etc. donde el aprendiz participe y demuestre sus habilidades.

OBJETIVO GENERAL 3: El alumno desarrollará las conductas necesarias para ordenar, limpiar y mantener su habitación y las diversas instancias de la casa donde vive, así como independencia para seguir programas de limpieza semanales en relación a los cuidados generales del hogar, a fin de participar en las actividades del hogar en su vida diaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 3.1. El aprendiz adquirirá autonomía personal para ordenar, limpiar y mantener su habitación, así como seguir un programa de limpieza semanal.

OBJETIVO OPERATIVO:

1. El aprendiz conocerá los productos y utensilios de limpieza, a fin de usarlos correctamente.
2. El aprendiz será autónomo en el cuidado y guardado de calzado.
3. El aprendiz será autónomo en el cuidado y guardado de ropa.
4. El aprendiz recogerá su habitación de manera autónoma.
5. El aprendiz seguirá un programa de limpieza de habitación.

REPERTORIO DE ENTRADA:

Haber cubierto habilidades básicas y no tener impedimentos físicos.

CRITERIO DE EVALUACIÓN:

- Usa los utensilios y productos correctamente y de manera autónoma.
- Limpia y conserva sus zapatos de manera autónoma.
- Limpia y conserva en orden su armario (ropa) de manera autónoma.
- Recoge y mantiene su habitación de manera autónoma.
- Sigue un programa de limpieza de habitación semanal.

RECURSOS:

Escenario: Cuarto de servicio y habitación

Materiales: componentes de mesa (mantelería, vajilla, cristalería, cubiertos, servilletas, etc.).

Papelería: diapositivas ejemplificadas de las actividades, plantillas visuales-escritas de la secuencia de cada habilidad, esquema de rutina de vida, fichas simbólicas y hojas de registro.

ACTIVIDADES: instrucción, modelado, imitación, retroalimentación, reforzamiento, funcionalidad y generalización.

DESCRIPCIÓN Y METODOLOGÍA:

A) ANTECEDENTES

- A.1. La instructora explica la importancia del cuidado de pertenencias-habitación y los beneficios de realizarlo de manera autónoma.
- A.2. La instructora valora y analiza el nivel ejecutivo-funcional (línea base) de cada una de las habilidades de cuidado de pertenencias y habitación.
- A.3. La instructora muestra las láminas de la secuencia que implica cada una de las habilidades de cuidado de pertenencias y habitación.
- A.4. La instructora enseña y modela la identificación-uso de diferentes productos- utensilios al limpiar-conservar los zapatos, armario, (cuidado de ropa) y ordena- limpiar la habitación en general
- A.5. La instructora integra el programa de limpieza de habitación (a realizar una vez a la semana y que engloba todas las habilidades de cuidado de pertenencias y habitación) en la rutina de vida del aprendiz.
- A.6. La instructora retroalimenta sobre la importancia del cuidado de pertenencias-habitación y las ventajas de realizarlo de manera autónoma.

B) CONDUCTAS

- B.1. El aprendiz identifica y menciona la importancia de las habilidades de cuidado de pertenencias y orden de habitación
- B.2. El aprendiz se pregunta que se debe hacer, decidir la naturaleza de cada una de las tareas y menciona los momentos en que se deben realizar.
- B.3. El aprendiz identifica y menciona el orden secuencial (análisis de tareas) de cada una de las áreas de cuidado de pertenencia y habitación.
- B.4. El aprendiz imita cada una de las habilidades de cuidado de pertenencias y habitación, hasta dominarlas, para ello en cada ejecución deberá reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores.
- B.4. El aprendiz realiza el programa de limpieza marcado para la habitación.
- B.5 y 6. El aprendiz realiza de manera autónoma cada una de las habilidades de cuidado de pertenencias-habitación y el programa de limpieza de la habitación marcada en su rutina de vida.

OBSERVACIONES: Al principio será necesario dar indicación y brindar algún tipo de ayuda (dichas acciones deben disminuir paulatinamente a lo largo del entrenamiento hasta desaparecer), cuando el aprendiz haya dominado la ejecución de las habilidades se debe centrar en la funcionalidad y generalización de cada una de ellas. El entrenamiento debe basarse en el autoaprendizaje, por lo que el aprendiz debe decidir la naturaleza de la tarea, determinar el orden secuencial para completar la tarea, en cada ejecución (ya sea en el entrenamiento o en su rutina de vida) reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores. Finalmente para lograr resultados óptimos es necesario instruir en los escenarios originales; cambiar las indicaciones, claves, apoyos, materiales, respuestas y tiempos de ejecución; pasar de un estímulo único a varios estímulos; agregar distractores, etc.

| | |
|---|---|
| OBJETIVO GENERAL 3: El alumno desarrollará las conductas necesarias para ordenar, limpiar y mantener su habitación y las diversas instancias de la casa donde vive, así como independencia para seguir programas de limpieza semanales en relación a los cuidados generales del hogar, a fin de participar en las actividades del hogar en su vida diaria. | OBJETIVO ESPECÍFICO: 3.2. El aprendiz adquirirá autonomía personal para ordenar, limpiar y mantener las diversas estancias del hogar, así como seguir un programa de limpieza mensual. |
| OBJETIVO OPERATIVO: 1. El aprendiz conocerá los productos y utensilios de limpieza, a fin de usarlos correctamente. 2. El aprendiz será autónomo en para mantener limpio y en orden su hogar. 3. El aprendiz realizará de manera autónoma la limpieza del baño. 4. El aprendiz realizará de manera autónoma la limpieza de la cocina. 5. El aprendiz realizará de manera autónoma la limpieza de la sala. 6. El aprendiz seguirá un programa de limpieza del hogar. | |
| REPERTORIO DE ENTRADA: Habilidad básica y sin impedimentos físicos. | RECURSOS: |
| CRITERIO DE EVALUACIÓN: - Usa correctamente los utensilios y productos por tipo de estancia. - Ordena y conserva su hogar de manera autónoma. - Realiza la limpieza general de la sala de manera autónoma. - Realiza la limpieza general de la cocina de manera autónoma. - Realiza la limpieza general del baño de manera autónoma. - Sigue un programa de limpieza general mensual (limpieza de una estancia cada fin de semana: recoger-limpiar sala, cocina, baño y habitación. | Escenario: estancias del hogar: cuarto de servicio, sala, cocina y baño. Materiales: componentes de mesa (mantelería, vajilla, cristalería, cubiertos, servilletas, etc.). Papelería: diapositivas ejemplificadas de las actividades, plantillas visuales-escritas de la secuencia de cada habilidad, esquema de rutina de vida, fichas simbólicas y hojas de registro. ACTIVIDADES: instrucción, modelado, imitación, retroalimentación, reforzamiento, funcionalidad y generalización. |
| DESCRIPCIÓN Y METODOLOGÍA: A) ANTECEDENTES A.1. La instructora explica la importancia de cuidado del hogar y os beneficios de realizarlo de manera autónoma. A.2. La instructora valora y analiza el nivel ejecutivo-funcional (línea base) de cada una de las habilidades del cuidado del hogar. A.3. La instructora muestra las láminas de la secuencia que implica cada una de las habilidades de cuidado del hogar. A.4. La instructora enseña y modela la identificación-uso de productos-utensilios al limpiar-conservar diversas estancias del hogar: habitación, sala, área de estudio, cocina y baño. A.5. La instructora integra el programa de limpieza (a realizar una cada semana y que engloba todas las habilidades de cuidado del hogar). A.6. La instructora retroalimenta sobre la importancia del cuidado del hogar y las ventajas de realizarlo de manera autónoma. | B) CONDUCTAS B.1. El aprendiz identifica y menciona la importancia de las habilidades de cuidado del hogar. B.2. El aprendiz se pregunta que se debe hacer, decide la naturaleza de cada una de las tareas y menciona los momentos en que se deben realizar. B.3. El aprendiz identifica y menciona el orden secuencial (análisis de áreas) de cada una de las tareas de cuidado del hogar. B.4. El aprendiz realiza el programa de limpieza marcado para el hogar. B.5 y 6. El aprendiz realiza de manera autónoma cada una de las habilidades de cuidado del hogar y el programa de limpieza de limpieza general marcados en su rutina de vida. |
| OBSERVACIONES: Al principio será necesario dar indicación y brindar algún tipo de ayuda (dichas acciones deben disminuir paulatinamente a lo largo del entrenamiento hasta desaparecer), cuando el aprendiz haya dominado la ejecución de las habilidades se debe centrar en la funcionalidad y generalización de cada una de ellas. El entrenamiento debe basarse en el autoaprendizaje, por lo que el aprendiz debe decidir la naturaleza de la tarea, determinar el orden secuencial para completar la tarea, en cada ejecución (ya sea en el entrenamiento o en su rutina de vida) reforzar sus aciertos personales y decidir la manera de enfrentar sus errores. Finalmente para lograr resultados óptimos es necesario instruir en los escenarios originales; cambiar las indicaciones, claves, apoyos, materiales, respuestas y tiempos de ejecución; pasar de un estímulo único a varios estímulos; agregar distractores, etc. | |