



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“Propuesta de programa para el entrenamiento de la vialidad en jóvenes y adultos con discapacidad intelectual”**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**Adriana Francisca Pérez Rodríguez**

Directa: Lic. Claudia Rojas Carranco

Dictaminadores: Mtra. Teresa García Gómez

Mtro. Samuel Bautista Peña



Los Reyes Iztacala, Edo de México, noviembre de 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de ella.

A la Facultad de Estudios Superior Iztacala por formarme, educarme y amar mi profesión.

Un especial reconocimiento a mi directora Claudia Rojas Carranco, por su paciencia, dedicación, confianza y el tiempo dedicado a este trabajo.

Agradezco la participación de mis sinodales la Mtra. Teresa García Gómez y el Mtro. Samuel Bautista Peña, por su tiempo, su paciencia y sus valiosos comentarios.

Gracias a ustedes papás por ser la clave fundamental de mi vida, por todo el amor, el cariño, la confianza, la paciencia y esfuerzo otorgado en estos años.

A mis hermanos Benito, Eduardo, Sergio, Isaac, Christopher y Josué por todo el apoyo incondicional.

A ti Armando por ser parte de este esfuerzo y ser quién eres.



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL</b> .....	4
1.1 Definición de la discapacidad intelectual .....	4
1.2 Clasificación de discapacidad intelectual .....	11
1.3 Diagnóstico de la discapacidad intelectual.....	15
1.4 La familia de las personas con discapacidad intelectual .....	17
<b>2. DESARROLLO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL</b> .....	21
2.1 Niñez en discapacidad intelectual .....	21
2.2 Adolescencia en discapacidad intelectual .....	27
2.3 Adulthood en discapacidad intelectual .....	29
2.4 Vejez en discapacidad intelectual.....	32
<b>3. VIDA INDEPENDIENTE</b> .....	35
3.1 Definición de vida independiente.....	35
3.2 Áreas.....	36
3.2.1 Higiene personal.....	38
3.2.2 Habilidades del hogar.....	40
3.2.3 Habilidades sociales .....	42
3.2.4 Sexualidad .....	44
3.2.5 Capacitación Laboral .....	49
3.2.6 Vialidad.....	51
<b>4. CALIDAD DE VIDA</b> .....	53
4.1 Calidad de vida en discapacidad intelectual .....	54
<b>5. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MODIFICACIÓN CONDUCTUAL</b> .....	58
5.1 Teoría conductual.....	58
5.2 Modificación de la conducta .....	60
5.3 Concepto de habilidad.....	64
5.4 Concepto de funcionalidad.....	66
5.5 Inteligencia emocional: la habilidad para regular la conducta .....	67
<b>6. PROPUESTA CONDUCTUAL PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES VIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: GUIADA POR UN INSTRUMENTO</b> .....	75

6.1 Fase A) Evaluación para el ingreso al programa de vialidad.....	76
6. 2 Fase B) Entrenamiento en el programa vial.....	87
6.3 Fase C) desvanecimiento de conductas no adaptativas del programa de vialidad .....	100
CONCLUSIONES .....	102
REFERENCIAS .....	107
Anexos .....	118

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual (DI) se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas; al entregar un diagnóstico de DI a la familia, ésta tiene la responsabilidad del infante.

A lo largo de la historia han clasificado a las personas con DI por el coeficiente intelectual (IQ), el cual marca las habilidades que pueden madurar en cada una de las etapas del desarrollo humano permitiendo llegar a una vida independiente. Para potencializar estas destrezas es necesario que las personas con discapacidad intelectual tengan dominio en la higiene personal, economía del hogar, ámbito social, sexualidad, inclusión laboral y vialidad.

Todas las personas buscan tener calidad de vida, sin excepción de las personas con DI, la cual se logra por medio del desarrollo de habilidades en las áreas adaptativas y conductuales. Se sabe que estas personas tienen varias limitaciones en su rutina diaria donde se enfrentan día a día con la barrera de no poseer la destreza para desplazarse de un lugar a otro, lo que dificulta aún más, realizar sus actividades como el resto de las personas este conflicto no le permite llegar a la calidad de vida.

Se sugiere una propuesta en materia de vialidad para toda aquella persona con un diagnóstico de discapacidad intelectual, estando en un funcionamiento limítrofe, leve y moderado: estas personas pueden llegar a tener una vida independiente, a través del entrenamiento conductual donde desarrollan habilidades de desplazamiento vial, logrando que su calidad de vida se asemeje a lo "normal". Para poder desarrollar esta propuesta se tiene que tener muy claro la DI en las diferentes etapas del desarrollo humano, que habilidades adquieren al paso del tiempo, los conceptos de vida independiente, calidad de vida y entrenamiento conductual, para que aquella persona encargada de implementar el

programa tenga los conocimientos necesarios y sensibilidad adecuada para hacerlo correctamente.

Esta propuesta de vialidad se plantea desde una perspectiva conductual y se desarrolla a un nivel teórico; se realizaron dos instrumentos como línea directriz del programa y operativiza a través de diversas técnicas conductuales. El primer instrumentó evaluara las habilidades con las que ya cuenta la persona con discapacidad intelectual y el segundo instrumentó es el entrenamiento propiamente al aprendizaje para desarrollar las habilidades viales por medio de técnicas conductuales.

Dentro de la propuesta también se sugieren características básicas de lo que podría ser el perfil del entrenador para implementar el programa de vialidad y un ejemplo de las cartas descriptivas que utilizarían para el desarrollar las habilidades del programa vial en las personas con DI, y el formato para reportar las conductas socialmente no aceptadas y la forma de registrar dichas conductas.

Es importante sensibilizar a la población con respecto a las personas con discapacidad intelectual, ya que visualizándola de esta manera, se lograría potencializar las áreas de su desarrollo. Por medio de esta tesina se tienen los elementos necesarios para comprender qué es la vida independiente y cómo llegar a ella, tomando siempre en cuenta que debe ser con calidad de vida. Lo anterior ayudaría a las familias a integrar verdaderamente a la persona con DI y ésta alentando la independencia de esta y consiguiendo que no se convierta en una carga psicosocial lo cual es un beneficio social.

## RESUMEN

La discapacidad intelectual es una limitación en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa. Para determinar que un niño presenta discapacidad intelectual se realiza un diagnóstico clínico, por medio del médico, pediatra o psicólogo y la familia pasará por una etapa de duelo o aceptación. El infante transitará por las etapas del desarrollo humano y presentará cualidades diferentes a otros niños de su edad lo que interfiere con la posibilidad de tener una vida independiente y de calidad.

Para que las personas con discapacidad intelectual alcancen una vida independiente es necesario que su vida sea lo más “normal” posible por medio del comportamiento adaptativo y que adquieran habilidades para la vida diaria, donde se busca cubrir destrezas de higiene personal, hogar, sociales, sexuales y en la medida de su capacidad y adaptabilidad alcancen preparación laboral y de desplazamiento dentro de su entorno social. De los factores sociales dependerá su calidad de vida y esa a su vez le permitirá la inclusión social, habilidades en las relaciones interpersonales, vida independiente, así como autodeterminación como seres humanos.

Tomando estos dos términos calidad de vida y vida independiente, se realiza una propuesta teórica de programa conductual para entrenar a los jóvenes y adultos con discapacidad intelectual considerados como funcionales para realizar desplazamientos viales. Este es un conflicto para la familia, amigos, instituciones y principalmente para la propia persona.

# 1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La definición de discapacidad intelectual ha cambiado a lo largo de las últimas décadas y también se matiza de acuerdo a diferentes posturas. García y Sarabi (2010) tradujeron de la publicación del año 2001 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD por sus siglas en inglés, Verdugo 2003) identificaron la importancia de que las personas con algún tipo de discapacidad pudieran integrarse a la sociedad como individuos que tienen derecho de pertenecer a un grupo.

## 1.1 Definición de la discapacidad intelectual

En la actualidad, millones de personas en el mundo viven con alguna discapacidad intelectual y se estima una prevalencia en los países desarrollados del 1 y 3 % de la población. En México, existen 119, 938, 473 personas de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI, 2012), y de ésta población, la Secretaría de Desarrollo Social menciona que existen 14,646,736 personas que viven con algún tipo de discapacidad. Otros datos mostrados por el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), Katz, G., Lazcano, E. y Rangel, G. (2010) y la Secretaría de Educación Pública (SEP 2012), estiman que en nuestro país hay 448,873 personas con algún tipo de discapacidad intelectual, teniendo mayor predominio el autismo, Síndrome de Down, Síndrome de Pick, conductas auto- agresivas, trastornos de la conducta y trastornos de la personalidad; por último el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CNPPD citado en Cuen, Rivera, Valerie, y Solano, 2009), da una estimación de 91,703 de personas con discapacidad intelectual.

Hasta hace pocos años, el nacimiento de un niño con discapacidad era presentado en la literatura como una tragedia, ya que producía temor y pena por parte del padre y de la propia persona (Lizasoáin y Onieva, 2010). El significado de discapacidad intelectual ha recibido diferentes nombres; en el siglo XX se conocía a estas personas como débiles mentales. En 1959 en Dinamarca se otorgó la ley a favor de ciudadanos con retardo mental, por tal se conocía “retardo mental”, y en 1961 el Comité Presidencial la renombró “discapacidad intelectual”(Katz, G., Lazcano, E. y Rangel, G. 2010). En el año 1989 se retoma el concepto de la Ley de Dinamarca y se les vuelve a denominar “personas con retardo mental”, pero esta vez etiquetando a niños, adolescentes y adultos, que presentaban un problema de aprendizaje, haciendo una comparación con la persona que tiene algún tipo impedimento; este impedimento, puede ser psicológico o neurológico, y no le permite acceder al aprendizaje (Morris, R. y Burton, B., 1989).

El concepto de discapacidad intelectual propuesto por AAIDD tiene origen en el año del 1992, sin embargo importantes avances en la concepción lo que obligo a su revisión en el 2002 buscando un enfoque multidimensional del individuo definiendo la discapacidad intelectual a través de distintos aspectos de la persona psicológicos/ emocionales, físicos / salud, así como el ambiente en donde se desenvuelve en este sentido se parte de la premisa que los apoyos han permitido generar nuevas prácticas centradas en las necesidades de estas personas, más que en sus limitaciones. Díaz (2009), menciona que los apoyos son entendidos como un conjunto de recursos y estrategias que mejoran el funcionamiento humano y que deben acompañar a la persona a lo largo de su vida, pero además, dichos apoyos deben ser pertinentes, fomentar la autonomía y el desarrollo personal.

La discapacidad puede considerarse como un fenómeno universal, sin embargo, en algunos casos, no es aceptada por quien la padece y sus allegados, y en otros casos permanece oculta por problemas de mayor magnitud como la pobreza, la cual impide o retarda el diseño de la aplicación de estrategias para que

estas personas desarrollen sus capacidades y alcancen la verdadera inclusión social. Algunas de sus causas son las ambientales como el envejecimiento de la persona y causas externas como son: accidentes, conflictos armados, inhalación o mala utilización de plaguicidas, uso y abuso de alcohol/drogas, violencia social, desnutrición, marginación de grupos sociales y la pobreza extrema (Cobas, Zacca, Morales, Icart, Jordán y Valdés, 2010).

Desde del núcleo familiar existen implicaciones sociales ya que el nacimiento de un niño con discapacidad no es sólo un desconcierto para los padres, sino también para el contexto familiar en el que se desarrollará (Lizasoáin y Onieva, 2010). Dentro de este núcleo se etiquetaban a los niños que no podían desarrollarse “normalmente” y los padres no tenían muchas esperanzas en que su hijo fuera autosuficiente. Un niño con discapacidad en la familia limita en gran medida la vida social, las salidas a lugares públicos como restaurantes, cines o casas de amigos; aquí podemos también hablar del sentimiento de vergüenza relacionado con la manera en que los otros perciben y tratan a las personas con discapacidad (discriminación, burla, temor, desprecio, etc.).

El concepto discapacidad se refiere a la condición de vida de una persona, que obstaculiza su funcionamiento intelectual, sensorial y motriz, afectando su desarrollo psicomotor, cognoscitivo, de lenguaje y socio-afectivo; estas limitaciones se manifiestan en dificultades para aprender, adquirir conocimientos y lograr su dominio y representación. Es una limitante en el funcionamiento de la persona es permanente e inamovible y puede variar significativamente en función de los apoyos que reciba para atenderla (Antequera, Bachiller, Calderón, Cruz, Cruz, Luna, Montero, Orellana y Ortega, 2010).

Otros autores definen la discapacidad intelectual como una condición del cerebro definida por los sistemas globales de clasificación, que muestran déficit simultáneo en las capacidades cognitivas (operativamente, CI por debajo de 70) y adaptativas, las cuales aparecen antes de la adultez, estas características nos

conducen a definir si es deficiente o no (Flores, J. 2015). La neurociencia ha sido el instrumento más importante al tratar de determinar la base material de la conducta, de las emociones y del pensamiento, puesto que la discapacidad intelectual es percibida como un diagnóstico del funcionamiento cerebral, cualquier reconceptualización del cerebro está enfocada a tener implicaciones sobre cómo entender esta condición.

La discapacidad intelectual es caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas; puede iniciar desde el nacimiento o es adquirida en el transcurso del desarrollo, también se considera como una carencia de interacción entre la persona y el entorno. Es una condición de vida que interfiere en la autonomía para el cuidado personal y la capacidad de adaptar su conducta. Ante diversas situaciones sociales, las habilidades de adaptación pueden estar afectadas en mayor o menor grado dependiendo de la calidad de interacción que tengan las personas en su entorno familiar, escolar y en su comunidad; teniendo un ritmo y estilo diferente para aprender por lo que requieren de más apoyos (Cuen, Rivera, Álvarez y Solano, 2009).

Cuando un niño o una niña, menor de 5 años, presenta retraso en el cumplimiento de las secuencias esperadas de desarrollo con sus iguales y contexto sociocultural, en dos o más áreas (sensorio-motriz, lenguaje, cognitiva, socialización), se habla de retraso global del desarrollo, si esta diferencia en el patrón esperado de desarrollo persiste más allá los cinco años de edad, se le define como discapacidad intelectual. Para Godoy, González, Ubilla y Zillianil (2007), la diferencia respecto al patrón esperado se expresa en que el niño se desarrolla más lentamente que un niño o niña de la misma edad, este individuo puede tomar más tiempo para aprender a hablar, caminar y aprender las destrezas para su cuidado personal tales como vestirse o comer y estará más propenso(a) a tener dificultades en la escuela, aprenderá, pero necesitará más tiempo y es posible que no pueda aprender alguna cosa en particular.

Shorn (2003), menciona que la capacidad de las personas se expresa en un cambio de actitud o suficiencia para algo, el talento o disposición para comprender las cosas; la aptitud legal para ser sujetos de derechos y obligaciones, mientras que la discapacidad remite a que algo de lo esperado como potencialidad no se da en una persona al igual que otra, centrándose en lo orgánico, el déficit y en la falta de aptitudes. Para ello, es importante mencionar que la inteligencia es la capacidad de una persona para adaptarse con éxito a situaciones determinadas. Lobera y Valdespino (2010), definen a la inteligencia como un proceso amplio que abarca una enorme cantidad de funciones de la mente humana, para lograr adaptarse a diversas situaciones.

Inquilla (2015) menciona desde un enfoque sociológico la perspectiva epistemológica de la discapacidad intelectual, y menciona que hay una confusión conceptual entre paradigma y modelo, donde ambos términos son exactamente lo mismo desde el punto de vista científico. Sin embargo, el paradigma hace mención a un modelo de conocimiento científico de la realidad y una forma de ver el mundo universalmente reconocido. El paradigma de la discapacidad se basa en un modelo médico-rehabilitador predominando las ciencias naturales y físicas, los cuales se presentan a continuación:

- Primer paradigma: en la Antigüedad, Grecia y Roma, describen una obsesión por la perfección corporal, en la historia cultural de la mitología griega se revela la exclusión de la discapacidad y de la imperfección corporal dando lugar al infanticidio de los niños por considerarlos débiles al nacer. Al finalizar la edad media, con el renacimiento y con la edad moderna, surge la teoría de la selección natural de Charles Darwin (Darwinismo social) del siglo XIX junto con él surgió el antiguo mito de la racionalidad científica, teniendo la consideración de que las personas con imperfecciones físicas o intelectuales suponían un peligro para la sociedad.

- Segundo paradigma: las personas con discapacidad *se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres, marginados y signados por un destino marcado esencialmente, por la exclusión* (Palacios y Buffini 2007, citado en Inquillas 2015, p.p. 29), además eran objeto de burla o diversión, o recibían el cuidado por parte de la beneficencia o por las instituciones encargadas de ellos. Este modelo se ve afectado ampliamente por las religiones judía y cristiana, donde marcaban que la discapacidad era la causa por haber obrado mal, un castigo por pecados cometidos por el propio individuo o sus ascendientes.
- Tercer paradigma: aquí se menciona que las personas deben ser seres sociales, que viven influidos por la forma de ver o definir las cosas por parte de otra persona y se basan en la realidad, pero también estos trabajos han enfatizado la consideración de la discapacidad como una condición personal devaluada partiendo del concepto “estigma” donde los sujetos o grupos son “estigmatizados”.
- Cuarto paradigma: se considera como el paradigma de rehabilitación (Fernández, 2012), ya que la discapacidad se define como problema del individuo, pues es su deficiencia y la falta de destreza donde se localiza el origen de sus dificultades, y por lo tanto requiere de una rehabilitación y búsqueda de profesionales que estén especializados. La denominada Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) responde a este paradigma en cuanto al modelo teórico que explica y justifica una determinada forma de actuar.
- Quinto paradigma: denominado “vida independiente” los planteamientos de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM), propuesta por la Organización Mundial de Salud (Fernández, 2012). La OMS realiza una propuesta biopsicosocial enfocada

al individuo que busca superar los límites del enfoque biomédico; aprueba la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud” donde el paciente o cliente de la asistencia médica tiene el derecho de corregir su estado físico, psíquico o sensorial.

- Sexto paradigma: de la “autonomía personal”, surge en Estados Unidos, donde se menciona el derecho de las personas con discapacidad de ser considerados y tratados como personas normales, aunque este término de “normalización” no fue siempre bien entendido. Mientras tanto en Europa se hablaba de “integración escolar” e “integración social”, vida independiente, autonomía e integración escolar. La integración social surge de la crítica a la institucionalización donde las propias personas con discapacidad tratan de construir su propia autonomía.

Del mismo modo, Inquilla (2015) visualiza la discapacidad intelectual desde tres enfoques:

1. Enfoque funcionalista: es el estudio socio-histórico de la estructura política de la sociedad, aplicado al campo de la discapacidad, da lugar a un nuevo desarrollo de interés para la comprensión del tema. El análisis político pone de relieve que la sociedad desarrollada funciona mediante un complejo sistema de distribución de bienes, cuyo principio motor es el trabajo; dado que no todos pueden trabajar, se desarrolla un segundo sistema basado en las percepciones de necesidad y servicios para dar respuesta a las necesidades.
2. Enfoque materialista: la idea fundamental es que la discapacidad es una realidad “producida” o “creada” a partir de la estructura económica y política de la sociedad. Las personas con discapacidad constituyen, por tanto, un grupo social oprimido. La economía, a través de la organización social del trabajo, desempeña un papel clave en la

producción de la categoría de discapacidad y en la determinación de las respuestas de la sociedad a las personas discapacitadas.

3. Enfoque social: lo marca de una manera emergente no por nuevo, sino porque se hace visible, reconocido, sostiene que la construcción social de la discapacidad produce desigualdad en diversos contextos sociales y periodos históricos en los cuales se ha pensado en el hecho de la deficiencia ante la persona afectada, en nuestro contexto cultural la persona lisiada, deforme, inválida se convertía en una expresión del mal o como manifestación de lo sagrado o sujeto problema.

Victoria (2013), menciona que la discapacidad la podemos visualizar a partir de un modelo social, definido como una “construcción sociocultural” impuesta que plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, esta opresión se da por un carácter político más que científico, este modelo social rechaza la investigación objetiva y habla de investigación emancipadora, la cual se dirige a desarrollar un compromiso político para afrontar la discapacidad cambiando las relaciones sociales de producción de investigación, incluyendo el rol de los financiadores, las relaciones entre investigadores e investigados y los lazos entre investigación e iniciativas políticas. Fernández, (2012) encuentra el “modelo social” y lo representa como una aproximación holística, sociológica, necesaria para la comprensión de los diversos fenómenos (económico, político, cultural) que condiciona la vida de las personas con discapacidad.

## **1.2 Clasificación de discapacidad intelectual**

Las Clasificación del año 2010 de la Organización Mundial de la Salud (citado en García, y Sarabia, 2010) se basa en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social, la cual propone un esquema de clasificación:

- Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE) donde se presenta a la enfermedad como una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente.
- Deficiencia: es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).
- Discapacidad: es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad y género).
- Minusvalía: es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

La clasificación busca explorar las similitudes y diferencias entre grupo e individuos, el sistema de clasificación debe asegurar la igualdad de oportunidad, recibir servicios y acceder a recursos, es importante que este sistema deba tener un modo de organizar la información para comprender y responder ante el fenómeno (Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

De acuerdo a la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) citado en Alonso (2005), ha venido ofreciendo desde 1876 definiciones cada vez más elaboradas, podríamos hablar de cuatro: la primera tuvo lugar 1957 cuando la AAMR añadió criterios numéricos al CI debajo de 70, consiguiendo con ello mayor objetividad en los diagnósticos; la segunda en 1959, cuando incluyó el concepto de conductas adaptativas; la tercera en la edición de 1973, cuando se estableció dos desviaciones típicas por debajo de la media en la valoración del coeficiente intelectual; y la cuarta conceptualización de 1992, la que se ha venido llamando

“nuevo paradigma”, que considera a la persona con retraso mental no como un rasgo de incompetencia propio del individuo, sino como una expresión de la interacción entre la persona, su funcionamiento y el entorno, aportando un enfoque multidimensional al concepto.

Katz, Lazcano y Rangel (2010), mencionan que la discapacidad cognitiva se ha clasificado como cierto grado de incapacidad en la que el individuo enfrenta las demandas que la sociedad establece para el grupo de personas de esa misma edad; si atendemos las dimensiones de funcionamiento intelectual conocidas como las puntuaciones de coeficiente intelectual (el IQ, por sus siglas en inglés), y con base en la clasificación de personas con discapacidad intelectual, se establecen las siguientes categorías:

- **Limítrofe:** Se caracteriza por tener un C.I de 79 a 85 puntos donde se pierde un 25 % de las habilidades intelectuales en relación al promedio de la población. No llegan al nivel de pensamiento abstracto. Pueden alcanzar un nivel académico de quinto a sexto grado de primaria. Frecuentemente se asocia a problemas de aprendizaje. Funcionan con una edad mental equivalente a los doce años.
- **Leve:** Caracterizada por un C.I. de 50 a 69 puntos: Estas personas carecen de un 40 % de las habilidades intelectuales en relación al promedio de la población. Pueden alcanzar un nivel académico máximo de cuarto año de primaria. Funcionan con una edad mental equivalente a los ocho a diez años. Pueden desarrollar habilidades para el trabajo dentro de una línea de ensamblaje, requiriendo que el trabajo sea de tipo sistemático y repetitivo.
- **Moderada:** Caracterizada por un C.I. de 35 a 49 puntos. Estas personas carecen de un 55 % de las habilidades intelectuales en relación al promedio de la población. Pueden alcanzar un nivel académico máximo de segundo año de primaria. Funcionan con una edad mental equivalente a los

seis y siete años. En la adolescencia y/o edad adulta pueden desarrollar habilidades para el trabajo dentro de una industria protegida.

- **Grave:** Caracterizada por un C.I. de 20 a 34 puntos y se pierde hasta un 70 % de las habilidades intelectuales en relación al promedio de la población. No pueden ser escolarizados. Funcionan con una edad mental equivalente de los tres a los cinco años. En la adolescencia y /o edad adulta requieren de programas de custodia.

- **Profundo:** Cuentan con un C.I. menor de 20 puntos y cuentan con limitaciones físicas severas. No logran la deambulaci3n. No logran funciones aut3nomas. Generalmente la edad mental est3 por debajo del a3o. Necesitaran de tratamientos de sost3n qui3nes logren llegar a la adolescencia y/o edad adulta.

Logos (2011), menciona que el constructo de “conducta adaptativa” ha contribuido a mejorar significativamente el diagn3stico, clasificaci3n y planificaci3n de apoyos. Este trabajo ha permitido incrementar la congruencia entre la conducta adaptativa, tal y como la formula la AADD con los modelos conceptuales que se describen en los dominios de competencia personal, que han posibilitado la relaci3n con algunas teor3as de la inteligencia y con la capacidad de autodeterminaci3n y, finalmente, tambi3n ha favorecido una relaci3n m3s estrecha con el principio de calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual. La conducta adaptativa hace referencia a la calidad de la ejecuci3n diaria que da respuesta a la demanda ambiental. La calidad de la adaptaci3n general est3 medida por el nivel de inteligencia; por lo tanto, el significado de los dos conceptos se superpone en significado. Es evidente que la conducta adaptativa se refiere a lo que la persona hace para cuidar de s3 misma y para relacionarse con su vida diaria, m3s que al potencial abstracto impl3cito en el concepto de inteligencia.

En la condición adaptativa se considera como factor esencial, el adecuado desarrollo de las habilidades de autonomía personal indispensable para satisfacer la necesidad más básica comida, higiene personal, vestido, destaca la destreza necesaria para ser un miembro activo de la sociedad capacidad para viajar independientemente, manejo de dinero, expresarse mediante un lenguaje, aprender destrezas precisas para desempeñar un trabajo, etc., y para mantener relaciones sociales responsables. Dicho de otra manera, son tres las áreas de la conducta humana que son reconocidas en casi todas las propuestas: funcionamiento independiente o autosuficiencia, relaciones interpersonales y responsabilidad social (Montero, 2006).

### **1.3 Diagnóstico de la discapacidad intelectual**

El diagnóstico clínico inicia con la historia clínica, haciendo énfasis en el período de atención prenatal, perinatal y posnatal.

El diagnóstico prenatal es un protocolo clínico obligatorio en los embarazos de alto riesgo y en aquellas patologías de sospecha de índole genético. El diagnóstico prenatal se da en el manejo del feto como paciente y del recién nacido. El consejo genético es un aspecto importante en cualquier procedimiento de diagnóstico prenatal y se debe ofrecer de manera que en lo posible no influya sobre las decisiones que se hayan tomado (De la Torre y Pérez, 2006).

En relación al diagnóstico perinatal se ha observado que la hipertensión arterial durante el embarazo constituye una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal, representando una incidencia del 6-10 %. La hipertensión (HTA) es responsable de la sexta parte de la mortalidad materna, del 20 % de la mortalidad fetal y representa el 25 % de los motivos de hospitalizaciones por embarazos complicados. La preclampsia es uno de los problemas de salud más significativos en el embarazo humano, causa retardo del crecimiento fetal, morbilidad y mortalidad infantil, nacimientos prematuros y muerte materna. De acuerdo con Bravo, Cairo, Carlos, Gutiérrez y Suárez (2009), hay un

desequilibrio en el estado oxidativo, aumento de los sistemas oxidantes y los sistemas antioxidantes disminuidos en mujeres con preclampsia, y este factor puede contribuir a la patogénesis de un nacimiento con discapacidad intelectual.

De acuerdo con los pediatras González y Lemuña (2006), el diagnóstico genético trata de identificar la causa de una enfermedad, que debe de dar respuestas a necesidades clínicas urgentes con una dimensión ética-social en aquellos casos que el diagnóstico se presenta durante el periodo prenatal y neonatal y se requiere una respuesta rápida y precisa. Del mismo modo De la Torre y Pérez (2006), afirman que es indispensable dar a los padres información completa y fiable que les permita la toma de decisiones durante las primeras semanas de gestación y el segundo paso para poder dar una rápida respuesta terapéutica al recién nacido.

La discapacidad intelectual requiere de un diagnóstico diferencial, es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas, que presenta un cuadro clínico semejante al que el paciente padece; por ejemplo el trastorno del espectro autista, es un trastorno del desarrollo que puede atenderse mediante el diagnóstico en dos niveles; el primero es la identificación de un desarrollo atípico, se explora por medio de un sondeo clínico con énfasis en el lenguaje y evalúa las siguientes conductas: 12 meses - no balbucea ni señala o hace gestos; 16 meses - no dice ni una palabra; 24 meses - no hace frases; o la pérdida de cualquier habilidad adquirida; en el segundo se efectuará el diagnóstico de la discapacidad intelectual con el énfasis en la medición precisa del coeficiente intelectual (CI) con instrumentos como la Escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC) y del nivel adaptativo con escalas como el Vineland (Aguirre, Arciniega, Buenrostro, Galván, Márquez, Pérez y Zanabria, 2011).

#### **1.4 La familia de las personas con discapacidad intelectual**

Epistemológicamente, la familia se refiere al grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, esta unión está sostenida por el deseo consciente o inconsciente de cada uno de los miembros por medio de su historia individual, cuando alguien decide conformar una familia, la funda e inicia algo nuevo que continúe con el apellido de la generación anterior. De acuerdo al modo de vincularse los padres frente al hijo con discapacidad y también con el resto de los hijos, Bechara (2013), diferencia los siguientes tipos de familias:

- Familias con apegos distantes: son aquellos padres que mantienen con el hijo una comunicación rígida, la madre se ocupa de la atención física, cuidados, aseos, alimentación, mientras el padre brindar a su mujer e hijo todo lo necesario desde lo económico.
- Familia sobreprotectora: los padres no permiten el desarrollo y la autonomía del hijo tienden a tener una preocupación por sobreprotegerlos, retardando la madurez y al mismo tiempo hacen que sus hijos dependan extremadamente de sus decisiones, por lo cual el hijo con discapacidad esta obstaculizado.
- Familias con vínculos desorganizados o desorientados: los padres enfrentan con dificultad o inmadurez las diferentes situaciones del diario.
- Familia sana o padres autónomos: seguros donde su equilibrio emocional es estable, se acompañan entre ellos, se gratifican por su desarrollo personal, laboral o social.

La calidad familiar es aquella que no sólo se enfoca a la persona con discapacidad, sino se prioriza en cada uno de los miembros que integran esa familia. En la calidad de vida familiar se da una orientación individual a cada miembro de la familia teniendo un impacto sobre la calidad de vida de otros miembros de la familia como un todo. La orientación familiar se refiere al nivel de unidad familiar más que a nivel individual y proporciona un contexto en el individuo

donde vive su vida de forma colectiva como una unidad tal como; vida familiar diaria, interacción familiar diaria, bienestar económico y papel de los padres (Arenaza, Núñez y Pantoja, 2012).

Habitualmente la gestación es vivida como un periodo de transformación y crisis; cuando el embarazo culmina con el nacimiento de un niño con discapacidad, se produce inevitablemente un estado de conmoción. Al momento de dar el diagnóstico del niño con discapacidad la mirada se centra en cómo dar la noticia y su complejidad en el abordaje por el impacto que conlleva la primera información, rescatando la importancia del cómo, cuándo, quién, a quienes se le da la información. El diagnóstico marca un antes y después, produciendo la ruptura de expectativas y proyectos, al asumir el diagnóstico tendrá lugar una reacomodación, pero a su vez una adaptación que estará mediada por la resistencia y la tensión entre lo sabido y lo desconocido (Shorn, 2013).

Bechara (2013), afirma que el concepto de la familia también ha cambiado a través de las últimas décadas, ya que, al integrarse un nuevo miembro, el rol familiar cambia y el padre, la madre e hijos se transforman en una nueva célula social. Del mismo modo Núñez (2010), menciona que el equilibrio familiar pasa por sensaciones, desde tomar como noticia irreal el tener un hijo con discapacidad y pensar que el especialista está dando un mal diagnóstico, y en ocasiones los padres distorsionan la información; esto se da por el proceso de duelo que pasan los padres al esperar un hijo "normal" que puede llegar a ser independiente, lindo, inteligente, entre otras muchas cualidades, es en éste momento donde los padres procesan el duelo por el hijo que no pudo ser e inician la relación con el hijo real con "discapacidad intelectual" que se tiene. El duelo se refiere al estado de aflicción, se pueden presentar síntomas de un episodio depresivo. Se aplica este duelo al proceso psicológico y psicosocial que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida, para muchas familias esto implica enriquecimiento y unión (Arenaza, Núñez y Pantoja, 2012).

La etapa de duelo por la que atraviesa la familia se compone por cuatro fases; la primera el shock, la segunda del anhelo y búsqueda, la tercera de

desorganización y desesperanza y la cuarta de reorganización. Las etapas mencionadas no implican un recorrido lineal, ni el paso completo por cada una de ellas, algunas familias quedan arraigadas en alguna de estas etapas o realizan un movimiento de ida y vuelta por las distintas fases.

La historia de cada individuo, la aceptación y la elaboración emocional del diagnóstico, recae de diferente forma en cada familia, y eso ayuda a su esclarecimiento Bechara (2013), menciona que cada familia hace uso de diferentes recursos para enfrentar el duelo, entre los que encontramos:

- El modo de relación de los duelos anteriores
- La discrepancia entre el hijo deseado y el hijo real
- La personalidad de los padres
- Estructura familia preexistente: tipo de familia
- Posibilidad de contar con apoyos externos. Amigos, compañeros
- Nivel socioeconómico y cultural
- Características del déficit
- El momento del diagnóstico.

El restablecimiento, así como la acomodación del momento crítico de aceptación, estará mediado por la rigidez de lo que se sabe y el desconocimiento. El vínculo paterno-filial se constituye con el nacimiento del primer hijo, mientras el vínculo fraterno se verifica al nacer el segundo hijo y con la relación mutua de hermanos, pero al nacer un hijo con discapacidad se da apertura a la crisis con muchos momentos de cambios. El hermano que ha nacido con posterioridad ya llega a un contexto determinado con un mandato establecido y expectativas variadas (Shorn, 2013).

Núñez (2010), menciona que los hijos con discapacidad intelectual, son señalados por etiquetas (sordo, ceguera, retraso mental; etc.) y es importante el equilibrio entre el hijo y el progenitor sin sobreprotegerlo, apoyando, atendiendo a los requerimientos del hijo sin caer en un cuidado que limita, fomentando la

independencia sin generar situaciones de abandono, estimulando sin reforzar, exigir sin imponer. Del mismo modo Bechara (2013), menciona cuatro tipos de vínculos afectivos:

1. Vínculo afectivo protector: es el que muestra a un niño que obtiene seguridad gracias a la presencia de alguien familiarizado.
2. Vínculo de evitación: hace que en presencia de la madre el niño explore y juegue, pero no comparta.
3. Vínculo afectivo: de carácter ambivalente, muestra un niño muy poco dado a la exploración mientras que su madre está presente.
4. Vínculo afectivo desorganizado: el niño no ha podido desarrollar estrategias de comportamiento que le permitan tranquilizarse y explorar; estos vínculos se establecen de acuerdo al estilo de la familia.

Los vínculos no estructurados perturban a los padres en fantasías con respecto a su hijo podrá o no apropiarse del conocimiento, mientras que los vínculos estructurados proporcionan al niño una mejor tolerancia para hacer frente a la frustración de eventuales sucesos no felices de la vida.

## **2. DESARROLLO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

Todas las personas crecen y se desarrollan, no es la excepción para las personas con discapacidad intelectual, transitan por las etapas del desarrollo humano adquiriendo diferentes habilidades desde que nacen hasta llegar a la vejez; sin embargo, las etapas se atraviesan con mayor dificultad, para poder analizarlo es necesario ir marcando qué sucede en cada etapa de manera regular y luego precisar lo ocurrido en discapacidad intelectual.

### **2.1 Niñez en discapacidad intelectual**

Los autores Mendoza y Ramírez (2000), señalan que el desarrollo de habilidades que desempeña un niño regular desde su nacimiento hasta los 18 meses de vida está definidas por las siguientes etapas:

- De los ceros meses a los tres meses: En esta etapa bebé se orienta a través de los sentidos, fija la mirada al rostro de las personas y levanta la cabeza ligeramente.
- De los cuatro meses a los seis meses: Se desarrolla un lazo afectivo, sigue los objetos con la mirada de un lado al otro, puede voltearse de lado, estira la mano para tratar de agarrar las cosas, sostiene la cabeza alineada con el cuerpo, lo ayudamos a la posición de sentado y empieza a emitir sonidos.
- De los siete meses a nueve meses: En esta etapa manipula y explora objetos, se come lo que llega a sus manos, hace trompetillas. Se sienta sin apoyo, logra sostener su peso sobre sus pies sin ayuda, pasa un objeto de una mano a otra, puede empujar un objeto pequeño, busca un objeto cuando se cae.

- De los diez a los doce meses: Juega con sus juguetes con el fin de explorar su medio busca algún medio de desplazamiento, progresa con su comunicación gestual y verbal, puede ponerse de pie si está sentado, inicia con sus primeras palabras, manipula objetos muy pequeños, entiende si alguien le dice no, da sus primeros pasos apoyándose en los muebles.

Sigman (2000), menciona que el recién nacido experimenta cambios drásticos en el proceso de adaptación donde encontramos que los estado de sueño, somnolencia, vigilia y llanto, se aprenden a controlarl durante los primeros meses. También desarrolla la capacidad de regularlos reflejando la integración de los sistemas neurológicos, fisiológicos y de comportamiento, presentando movimiento en la coordinación teniendo más erguida la cabeza permitiéndole fijan la vista en un lugar concreto, soporta el peso de su propio cuerpo para moverse deliberadamente por el espacio, desarrolla el control motor fino tomando objetos en sus manos llevándoselo a la boca, adquiere la habilidad y la sensibilidad para orientarse en el entorno que habita para manipularlo.

El periodo entre los tres a los seis años se caracteriza por el acercamiento a la socialización y el descubrimiento de las relaciones con otros niños, evoluciona la dinámica con el adulto, la exploración e interés por su ambiente para descubrir su capacidad motriz, desarrollando un lenguaje estructurado. En esta etapa se desarrolla la experiencia emocional, cuidando los sentimientos surgidos en el niño, Narnone, (2015) diferencia las áreas evolutivas y se presentan a continuación:

- 1) socialización: el un proceso de aprendizaje de las conductas sociales consideradas adecuadas dentro del contexto donde se encuentra el niño en desarrollo junto con las normas y valores que rigen esos patrones conductuales, característicos de la cultura donde deben insertarse cada niño.
- 2) motricidad: se hace referencia al control de movimiento que puede tener el niño sobre su cuerpo, la cual está dividida por dos; la primera

conocida como desarrollo de motor grueso donde desarrollan la habilidad para mover de forma armónica los músculos del cuerpo con la agilidad, fuerza y velocidad; y la segunda desarrollo de motor fino donde se utiliza la precisión de la vista con la mano, tomar objetos, sostenerlos y manipularlos con destreza.

- 3) lenguaje: permite al niño aprender a comunicarse por medio de sonidos, símbolos gráficos, gestos y el sonido fonológico.

Filumeno (2010), menciona que cuando los niños llegan a la edad de 7 años, están en mayor equilibrio cuando les gusta leer, conocer; buscan que les tomen en cuenta, su punto de vista y crítica. Con respecto a la relación que tiene con el adulto y familiares, es común que no quieran saludar a desconocidos, pese a que los papás le indiquen, también es común que la relación que establecen con la maestra o maestro sea más independiente ya que lo visualiza como una persona admirable, un ejemplo a seguir, y es común que el niño mencione que quiere ser como su maestra o maestro, en esta etapa se desarrolla el sentido moral, lo que se denominan “mentiras” así como las consecuencias de las mismas, para que esto de entrada al sentido de la personalidad del niño donde desarrolla la responsabilidad de sus acciones.

Con relación a la educación de los niños con discapacidad intelectual, se marca que la escuela tiene que ser un instrumento integrador que facilite la incorporación del alumno para su inclusión en la comunidad, esto se da a través de la calidad de la educación que obliga a buscar estrategias de intervención que faciliten el aprendizaje, para que aprendan, participen en las actividades de las escuela, pero en beneficio de todos los alumnos incluyendo al alumno con discapacidad intelectual; incluso se busca dar la autonomía para que puedan construir su propio aprendizaje, dentro del aula se debe dar apoyos para estimular el aprendizaje (Muntaner, 2010).

La acción educativa para el niño con discapacidad intelectual comienza con la identificación de dificultades importantes, a través de la evaluación (Macotela y Romay, 2015). La evaluación representa el primer paso para la rehabilitación, determina la naturaleza o magnitud de la incapacidad, de manera que se tomen las medidas apropiada para la intervención y la prevención; permitiéndole al especialista dominar destrezas, habilidades, patrones conductuales y una herramienta que permite empezar.

La enseñanza de una nueva habilidad es la forma de motivar al niño con discapacidad intelectual para realizar tareas que haya aprendido, para algunos de ellos es un reto, no es posible enseñar todo, por tal se deben tomar tres consideraciones para seleccionar una habilidad: la medida en que el niño crece y se desarrolla ya que hay habilidades que se manifiestan antes que otras, las habilidades que significan el problema para toda la familia, y habilidades de autoayuda, así como también las de juego, el especialista nunca debe olvidar que para poder desarrollar la habilidad en el niño es importante tener en cuenta que se divide en pasos y en forma gradual. Para las habilidades que requiere de un mayor aprendizaje pocas veces se obtienen con facilidad, donde se requiere el uso de reforzadores y preparar el escenario para lograr el nuevo aprendizaje (Baker y Brightman, 2002).

Una de las causas por la que el niño llega a desarrollar discapacidad intelectual, es por la desnutrición, que ocasiona una talla y un peso menor, a esto se asocian cambios en el funcionamiento psicológico individual, manifestándose en insuficiencia intelectual, retardo en el desarrollo y en la adquisición de ciertas funciones del aprendizaje (Esterkind, Hormigo y Tallis, 2006). Esto afecta directamente el crecimiento del individuo, y lo que se conoce como “periodo crítico para el aprendizaje”; es decir el factor tiempo, el cual es esencial, ya que cada función hace su aparición en una secuencia cronológica teniendo un tiempo específico para su óptimo funcionamiento, esto se presenta al momento de disminuir una respuesta por parte del niño a la estimulación.

Es importante que los niños con discapacidad intelectual tengan una responsabilidad en casa, una obligación que le permita contribuir de manera significativa a la estructura familiar, ya que ayuda a la construcción de la autoestima, y como todo niño necesita del juego, tareas, respeto, amistad, aventura, desafío, educación dentro y fuera de la escuela, así como de participaciones en las actividades de la comunidad donde encontramos el cine, teatro, club deportivo, etc; al momento de estar desarrollando una habilidad para el aprendizaje se debe cuidar en todo momento la confianza, conducta, voluntad para aprender; todo esto se desarrolla con el apoyo de la familia y promotores de rehabilitación (Mendoza y Ramírez, 2000).

Para los niños con discapacidad intelectual, Muntaner (2010) menciona que se debe identificar, explorar y manejar la conducta adaptativa, esta es entendida como el conjunto de habilidades que se manifiestan en diferentes conceptos tales como; el lenguaje, lectura, escritura, manejo del dinero; en el ámbito social encontramos la responsabilidad, autoestima, probabilidad de ser engañado o manipulado, seguimiento de normas; también encontramos en la práctica actividades de la vida diaria, como el aseo, la comida, actividades instrumentales, el uso del transporte, el mantenimiento de la casa, la toma de medicina, todas estas son aprendidas desde la etapa de la infancia permitiéndole a la persona con discapacidad funcionar en su vida diaria.

Pueschelo (2002), menciona que se debe tomar en cuenta las actividades que se desarrollan en la comunidad desde una temprana edad, es importante que mientras se pasea por la colonia, el vecindario, el barrio o van en el coche en la carretera el niño deben aprender las normas de tráfico, los peligros que se encuentran en la vialidad, aprender que las luces del semáforo señalan rojo significa alto, parar, precaución, etc.; el verde significa adelante, seguir, continuar, etc.; identificar la circulación, los guardias que se encuentran en las vías de peatones, el cruce en la calle (cuándo, dónde y cómo han de cruzar) se debe mirar a ambos lados, a no correr en la calle sin mirar a su derecha o a su izquierda, es importante que reconozcan la diferencia autos pequeños y grandes.

Cuando viajamos en autobús tiene que ser de una forma educada y de gran aprendizaje para los niños con discapacidad intelectual, desarrollando actividades de inclusión como:

- 1) Permitir que bajen primero para luego ellos abordar
- 2) Dejar pasar primero a los que más lo requieren
- 3) Ayudar a subir a otros que tengan dificultades para abordar
- 4) Ceder el paso
- 5) Saber cómo dirigirse con el conductor del autobús
- 6) Desarrollar la habilidad de pagar el viaje o insertar el boleto en la máquina
- 7) Aprender a comportarse en público.
- 8) Practicar como manejarse por la ciudad.

Pueschelo (2002), afirma que viajar en autobús es divertido y viajar por la ciudad se queda como experiencia para ellos, tales como recordar que es un puente, para qué sirven los túneles, reconocer avenidas principales, el significado de peatones, a que se nombra vida agitada de la ciudad; también desarrollan habilidades en relación al comportamiento social para enfrentarse al mundo exterior, donde la familia es el ejemplo a seguir y el niño los imitará en el buen modelo de la conducta.

Para vivir en sociedad los niños con discapacidad intelectual, se tiene que alcanzar un nivel de competencia en el trato social, a través de las relaciones con la gente en un parque público, cine, restaurante, museo, deportivo; la familia es la responsable de inculcar el respeto a las propiedades de los demás, deben aprender a relacionarse de una forma amistosa y abierta pero cuidando siempre que no sea tan cordial para que tengan la oportunidad de ser aceptados socialmente, se les debe enseñar las formas sociales correctas como no hablar con extraños (Pueschelo, (2002).

## 2.2 Adolescencia en discapacidad intelectual

La adolescencia es la etapa de la vida que actúa como puente entre la infancia y la edad adulta, mientras que la pubertad es el conjunto de cambios físicos, hormonales y fisiológicos que transforman el cuerpo del niño en adulto con capacidades reproductoras. La edad biológica se mide por la madurez del organismo, aparato dental y el órgano esquelético, así como lograr los cambios hormonales; mientras que la madurez social es un conjunto que señala la implicación en el rol del adulto. Con respecto al desarrollo intelectual es en el período del pensamiento formal donde el sujeto se aleja de lo real y lo concreto para adentrarse al pensamiento abstracto definido como una serie de capacidades funcionales, formales o estructurales del esquema operatorio formal (Castejón y Navas, 2009).

Dentro de la adolescencia es importante mencionar el despertar sexual, definido por su sexo. En los varones aparece vello en la mejilla, bigote, aparato genital, tiene cambio en la voz, los caracteres sexuales secundarios se van perfeccionando, aparecen las eyaculaciones nocturnas, mientras en las niñas aparece la menstruación, el vello púbico, vello axilar y se desarrollan los senos. En el aspecto psicológico la relación entre chicos y chicas es bastante delicada, se inicia con una vaga atracción por el otro sexo, en tanto que la relación con el adulto empieza a ser difícil, se vuelve rebelde, inician en el desarrollo del sentido crítico con respecto al adulto (Filumeno, 2010).

Por otro lado, se ha descrito cómo la familia reacciona al recibir el diagnóstico de un hijo con discapacidad intelectual. Gradualmente va aceptado esta situación pasando por diferentes etapas como la negación, culpa embotamiento, rabia, desesperanza y reorganización, también conocidas como la aceptación a una gran pérdida o privación. Se requiere un espacio para la expresión de sus sentimientos en el momento del trauma inicial, es decir, al momento de recibir el diagnóstico al respecto. Frecuentemente, al entrar a la adolescencia los padres de un hijo con discapacidad intelectual vuelven a revivir

este duelo inicial, el miedo a qué pasará en esta etapa del desarrollo; considerando a veces que su hijo no puede sufrir cambios hormonales y de personalidad, entrando nuevamente a una etapa de negación (Fuentes, M., Molina, T., Molina, R., Lobos, L., Luengo, M. y Toledo, V. 2000).

Visconti (2014), refiere que al llegar a la etapa de la adolescencia la persona busca la posibilidad de autonomía definida, por los cambios sociales, por lo que el sujeto con discapacidad intelectual debe crear oportunidades sociales y recreativas para la inserción en un grupo, buscando en todo momento la integración social, pero si la familia lo vive dependiente, recluso y aislado estaremos hablando de un adolescente limitado socialmente, que no se integrará a un grupo y no llega a la autonomía social.

La principal problemática que afronta el adolescente con discapacidad intelectual, se refiere al desarrollo de la autodeterminación donde encontramos escasa opinión y participación en situaciones de la vida cotidiana, elección según su interés, gusto, deseo, entorno, se restringen a la adquisición de alternativas para la solución de un conflicto. Por esto es de suma importancia crear ambientes educativos donde puedan participar en situaciones de la vida cotidiana que impliquen su interés, gusto y deseo, deben tener la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos de la cotidianidad, experimentar dificultades para lograr autodeterminación para las situaciones reales (Arroyave y Freyle, 2009).

La adolescencia es una etapa de crisis, tensiones, de sentimientos vacilantes y ambivalentes, desde el punto de vista psicosocial, se tiene que asumir una nueva imagen de sí mismo, existe mayor interés en el tema erótico y sexual, debido a la necesidad de reafirmar la identidad sexual y así su personalidad; el adolescente con discapacidad tiene las mismas preguntas e inquietudes sexuales que los jóvenes "normales", en varias ocasiones desarrollan un imaginario en alguna zona de su cuerpo representada por la dificultad intelectual que presentan y abordan desde sus limitaciones sobre su sexualidad, las áreas que se alteran son: a) física la limitación se refleja en su cuerpo; b) mental que altera las

funciones psíquicas; y c) sociales la limitación promueve factores familiares o comunitarios (Caricote, 2012).

El adolescente con discapacidad presenta poco conocimiento respecto a la sexualidad, pero ésta es ignorada por la familia hasta la llegada de la pubertad con la aparición de la conducta auto-estimulante y la menstruación, ya que dispone de menos oportunidades de contacto con su par, tiene dificultad para identificar los genitales, designar funciones del cuerpo recurriendo a diminutivos o palabras familiares, muestra conflicto para hablar del embarazo, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual, son potencialmente fértiles, expresa deseos sexuales y proyectos de maternidad (Varas, 2010).

### **2.3 Adulthood in intellectual disability**

El desarrollo normal del adulto se divide en dos momentos; el primero conocido como la adultez temprana que va de los veinticinco a los cuarenta años donde se espera que la persona se comprometa con una carrera, y un plan de vida; el segundo momento de la adultez tardía, que comprende de los cuarenta a los sesenta y cinco años de vida, ambas están caracterizadas por un desarrollo biosocial (características físicas del cuerpo) desarrollo cognitivo (capacidad para realizar cualquier actividad en calidad, cantidad, velocidad, temas, eficiencia, profundidad, valores y habilidades) y psicosocial (habilidad para vincularse con la familia, trabajo, amigos, pareja, etc.) el cuerpo es más maduro reflejándolo a través de un trabajo productivo, se casan tienen hijos y cuidan a sus padres ancianos por último, la mente puede lidiar con nuevos materiales y consolida lo ya conocido (Stassen, 2006).

En todo adulto está la necesidad de ser una persona autónoma y productiva, al igual que los adultos con discapacidad intelectual pero la falta de alternativas ocasiona una ausencia de integración provocando la angustia en la familia con respecto al bienestar y futuro de la persona, por estas razones el adulto con discapacidad intelectual comúnmente es dejado en su casa generando una carga

económica pero también emocional para su familiar, en otros casos se les lleva a hospitales psiquiátricos, geriátricos o terminan en la calle, sin posibilidad de ejercer su rol social y sin contar con un proyecto de vida (Acción Innovadora, ASC., 2010).

Al llegar la etapa adulta, la persona con discapacidad intelectual debe buscar los apoyos apropiados para reducir la limitación permitiéndole participar y contribuir a la comunidad, al tiempo que se da respuesta a las necesidades en un contexto social normalizado, se ofrecen los apoyos y tiene que ser capaz de seguir su propio camino, tomar su propia decisión, los apoyos suelen ofrecerse de forma flexible ya que no todas las personas tienen necesidades en las mismas áreas o la misma integración, por tal se debe ofrecer una red natural con familiares, amigos, vecinos, colegas y voluntariado, cuando esta red no es suficiente es cuando entran los apoyos profesionales, pero siempre buscando la independencia para el control de su vida experimentando siempre la calidad de vida (Cruz M., Flores N., Jenaro C., Lerdo A. y Vega V., 2012).

La calidad de vida se busca en todo adulto que proporcione una referencia orientada desde la perspectiva centrada en la persona y en su ambiente, también se emplea como constructo social para mejorar el bienestar de la persona. El concepto de calidad de vida constituye un tema unificador que otorga un lenguaje común, un marco sistemático para aplicar conceptos y principios asociados, es un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional, tiene propiedades éticas o universales o ligadas a la cultura, con componentes objetivos, subjetivos está influenciada por factores personales – ambientales, y es lo que se busca en la persona adulta con discapacidad intelectual (Artaza, Cruz, Flores, Jenaro y Vega, 2011).

Bedoya, Córdoba, Mora y Verdugo (2007) refieren que el adulto con discapacidad intelectual, una vez terminado el proceso escolar o vocacional, se desvincula de la institución permaneciendo gran parte del tiempo en su casa, aspecto que conlleva serias restricciones en la interacción social, debido a que la familia es el contexto más importante para el adulto se tiene que analizar pues

para aquel que convive con su núcleo familiar la calidad de vida de esa familia se extiende a él. El adulto con discapacidad debe cubrir sus necesidades como comida, ropa, seguridad, etc.; para poder afirmar que están satisfechas y disfrutar de la vida juntos. Tenemos cuatro factores de riesgos por los cuales no se llega a la calidad de vida: 1) la escasa habilidad funcional y cognitiva; 2) la presencia de problemas severos de conducta; 3) la falta de participación en programas de desarrollo y bienestar; y 4) el desconocimiento social de la necesidad del adulto.

De acuerdo con Brogna (2014) existen ciertas claves para favorecer la transición de la etapa adulta en la persona con discapacidad intelectual:

- 1) Comenzar la planificación tempranamente: las habilidades que el niño necesitara poner en práctica en la adultez las ira adquiriendo desde pequeño, como son las habilidades sociales, de comunicación, desempeño laboral, manejo de la comunidad que se irán desarrollando en forma progresiva, otras por imitación o prácticas en el aula.
- 2) Tener una visión de mediano y corto plazo: la institución educativa o laboral así como la familia deben superar la visión a corto plazo y es importante favorecer el desarrollo de habilidades que se esperan en la etapa adulta.
- 3) Buscar apoyo para la fase de trabajo en sede (recursos humanos de la institución y grupos cercanos): el trabajo institucionalizado será explicado a la comunidad educativa, debe contar con recursos humanos específicos, este apoyo se enfocará a las habilidades de ocio, tiempo libre, social, laboral y del manejo de la comunidad.
- 4) Explorar alternativas en la comunidad: donde se requiera identificar el espacio posible, las normas vigentes, la modalidad más factible, la actitud y disposición de las personas que compartirán la actividad, como todo adulto incluye la posibilidad de tener acceso a espacios sociales y a un trabajo económicamente rentable.

- 5) Evaluar opciones y alternativas: esta varían de acuerdo a la aptitud, preferencia e interés, la disposición del entorno, las normas y leyes que favorezcan el proceso de integración socio laboral así mismo como el tipo de actividad que se realice.
- 6) Poner en marcha un plan de acción: para esto se requiere una evaluación de la comunidad, aptitud y preferencias de la persona con discapacidad intelectual, donde se le permita tomar decisiones con base en información clara y precisa, se puede realizar un plan de acción a mediano y principalmente a largo plazo donde se definan metas pero también objetivos, anticipando obstáculos y dificultades.
- 7) Evaluar el progreso (revisión periódica del plan): la evaluación del plan implica conocer el parámetro para determinar la cantidad y calidad de su avance así como la necesidad para reajustar o cambiar el plan.
- 8) Identificar contactos y recursos necesarios: es importante el acompañamiento en el tránsito de la adultez, desde los recursos económicos y la movilización de los recursos humanos.

#### **2.4 Vejez en discapacidad intelectual**

Todo ser humano envejece, cada uno a su propio ritmo, cuando el crecimiento se detiene comienza la senescencia la cual se define como un deterioro físico gradual que ocurre con la edad, a un ritmo que depende de muchos factores además del paso del tiempo, en el desarrollo normal la última etapa de vida se determina como vejez, la cual va de los sesenta y cinco años de vida hasta la muerte. Se centra en tres aspectos, desarrollo biosocial definido como el deterioro del órgano viviente (los sentidos, movilidad y mortalidad), el desarrollo cognitivo que es el equilibrio de los procesos mentales tanto adaptativos como creativos, no tan eficiente como en las otras etapas de la vida y por último el desarrollo psicosocial que se refleja como la satisfacción personal de tener familia, amigos y conyugue (Stassen, 2006).

El envejecimiento es un proceso natural que se produce con cambios muy amplios y variables, se puede afirmar que el proceso de envejecimiento en la persona con discapacidad intelectual es tan variable como en el resto de la población, está relacionado con un mayor número de problemas y dificultades que la población sin discapacidad, hay personas con discapacidad intelectual que a partir de los cuarenta y cinco o cincuenta años han iniciado un proceso de envejecimiento ya que empiezan a declinar en la habilidad conductual, mientras que en la población normal inicia a los sesenta y cinco o setenta años; esta persona con discapacidad que envejece se encuentran dentro de un sistema familiar y social que previamente no se ha adaptado a ellos ya que afrontan como el resto de la población la jubilación y el envejecimiento en ocasiones sin apoyo (Rodríguez, Sánchez y Verdugo, 2009).

La vejez no es sinónimo de enfermedad, pero debemos tener en cuenta que la persona con discapacidad intelectual ha restringido su rol social ya que sus redes sociales son pobres y limitadas, lo cual produce la consiguiente pérdida de oportunidad de experimentar y aprender tareas que la persona mayor experimenta habitualmente. Pensar concretamente en personas que hayan pasado la mayor parte de su vida en ambientes institucionales o excesivamente protectores, nos da idea que eso no les permite desarrollar habilidades para la vejez; con respecto al tema de salud física, ésta se compara con la del adulto joven y mayor con discapacidad intelectual y según Castro y Ruiz (2007) concluyen que:

1. El anciano con discapacidad intelectual tiene un índice significativamente mayor de enfermedad psiquiátrica debido a la aparición de la demencia.
2. Los índices de demencia son mucho mayores en la persona con retraso mental (RM) que en la población general a igual edad.
3. El hipotiroidismo es más frecuente entre los ancianos con retraso mental.
4. Las enfermedades respiratorias son más frecuentes entre los mayores con RM que en los más jóvenes.

5. En el estudio de Cooper (1998) se evidencia un mayor porcentaje de enfermedad cerebro-vascular y de hipertensión en el grupo de personas de edad avanzada con discapacidad intelectual.
6. La epilepsia se encuentra entre el 25% de los sujetos con edad avanzada frente al 20% de los individuos más jóvenes.
7. Los ancianos con Discapacidad Intelectual tienen en comparación con la población general un mayor porcentaje de enfermedad cerebro-vascular, de epilepsia y de enfermedad de Parkinson.

### **3. VIDA INDEPENDIENTE**

Teóricamente toda persona es educada para que tenga una vida independiente, desarrollando habilidades de higiene personal, responsabilidades dentro del hogar, escuela, valores y educación; los padres van construyendo una vida donde el hijo o la hija lleguen a lograr la vida independiente pues ello provoca bienestar general y es signo de salud. Todo lo anterior también se debe buscar en la persona con discapacidad intelectual, cubriendo las mismas destrezas para la vida diaria y permitirle así llegar a una mejor calidad de vida.

#### **3.1 Definición de vida independiente**

En la década de los ochenta, se desarrolló un movimiento llamado vida independiente, el cual tiene su origen a finales de los setenta en Estados Unidos con algunas iniciativas en Europa. Dicho movimiento parte de una perspectiva en la persona con discapacidad como consumidor de servicios, surgiendo la desinstitutionalización, donde la persona es la que toma parte en la decisión de su proyecto de vida y en la demanda de los servicios. Con ello se buscó promover la autodeterminación, así como el entrenamiento para la supervivencia del individuo frente a la sociedad que lo protege y que no le permite ser adulto a través de tomar sus propias decisiones, por lo anterior definen la vida independiente como la necesidad de comprender que las personas con DI tienen los mismo derechos que el resto de los ciudadanos, esto implica normalizar su condición de vida y a su vez normalizar el entorno para todos (Villa, 2002).

La principal dificultad con la que se enfrenta la persona con discapacidad intelectual es su propia limitación, pero también se enfrenta al contexto social, impidiéndole desarrollar una vida independiente, situación que ha tenido un cambio en el proceso de la normalización ya que se pretende que la persona con

discapacidad intelectual se asemeje más a la normalidad impuesta por la sociedad, buscando la adaptación en el comportamiento y en la adquisición de habilidades para la vida diaria, éstas habilidades se deben iniciar en la etapa de la escolarización para favorecer la integración social, buscando principalmente las relaciones interpersonales (Liesa y Vived, 2010).

Una persona con discapacidad intelectual inicia su adaptación en el contexto familiar (Hernández y Montes, 2011) el cual es un proceso que puede durar toda la vida. En algunas familias se pueden llegar a desintegrar del núcleo, otras permanecen juntas, pero se encuentran en constante conflicto, y por último encontramos algunas que logran llegar a la adaptación, esto les permite conformar una unidad de apoyo ofreciendo a su hijo discapacitado, la seguridad emocional que requiere para enfrentar los retos en la vida y permanecer en un trabajo remunerado permitiéndole vivir de forma independiente y cómoda.

### **3.2 Áreas**

Para poder hablar de integración, inclusión, calidad de vida, vida independiente y desarrollo de habilidades, debemos considerar la forma en cómo se rehabilita a la persona con discapacidad intelectual, para ello es necesario reconocer qué es un trabajo disciplinario, interdisciplinario y multidisciplinario. Alarcón, Alvarado, Cansino, Duhart, González, Huitrón, Ortega, Plancarte, Romano, Sánchez y Valera, (2012) proporcionan el concepto de cada una de ellas:

- **Disciplinario:** tiene una función organizacional en el seno del conocimiento. Es el conjunto de conocimientos especializados que se encuentran integrado por áreas de conocimiento, buscando como objetivo el bienestar humano.
- **Interdisciplinario:** característica de nuevos campos de conocimiento que se crean por las fortalezas de una disciplina.

- **Multidisciplinario:** es el trabajo convergente y concentrado de dos o más disciplinas para el análisis o solución integral de problemas socialmente relevantes.

El trabajo que se realiza para la persona con discapacidad se conoce como rehabilitación integral, la cual es una serie de diversos servicios que se hacen desde el momento que se diagnosticó la discapacidad intelectual, enfocándose en que el servicio sea exitoso para lograr el potencial máximo de la persona, e incorporarlos a un ambiente integrado sin perder de vista la necesidad de individualización (Villa y Zardel, 2000).

Podemos señalar tres elementos importantes para realizar la intervención adecuada en la persona con discapacidad intelectual: el primero es tomar en cuenta las características del tratamiento, que pocas veces se le hace conocer al paciente; en el segundo se da el trabajo en equipo donde los profesionales dividen el trabajo para llegar a la misma meta, y el tercer elemento, que es el trabajo en equipo donde hay mayor comunicación, permitiendo que se establezca la relación funcional que permita analizar y solucionar los diferentes problemas que se les presentan, buscando siempre como objetivo una mejor intervención para la persona con discapacidad.

Se debe dar un servicio de apoyo en las diferentes áreas de intervención, las cuales varían de acuerdo a la necesidad de cada persona. Ateo, Azhar, González, Morena y Shalock (2008), enlistan las áreas de intervención a trabajar:

- **Comunicación:** comprende y expresa información mediante el comportamiento simbólico o no simbólico.
- **Cuidado propio o personal:** es la actividad diaria necesaria para la subsistencia, la higiene personal y la limpieza.
- **Vida de hogar:** son todas aquellas rutinas, actividades instrumentales de la vida diaria.
- **Habilidades sociales:** son todas aquellas conductas que se realizan en un ámbito privado, público e íntimo.

- Comunidad: es la participación de las actividades comunitarias, uso de los servicios públicos y de los recursos disponibles en la comunidad.
- Autodeterminación: es actuar como agente causal de la propia vida, hacer elección, aceptar responsabilidad y tomar decisión en un contexto de interacción social.
- Salud y seguridad: son aquellas habilidades para preservar, recuperar o mejorar el funcionamiento del cuerpo y para evitar todos los peligros físicos o sociales.
- Habilidad de aprendizaje funcional: es aquella habilidad pragmática que posibilita la vida independiente.
- Habilidad ocupacional: es aquella aptitud necesaria para desempeñar y mantener una actividad laboral, vocacional o lúdica.
- Derechos y deberes: ejercer los derechos y cumplir las obligaciones de los ciudadanos comunes, conocer y recibir los beneficios de los servicios establecidos por la ley para las personas con discapacidad intelectual.
- Contexto vincular: vínculo que se establecen en el ámbito familiar, social, institucional y cultural donde viven la persona, así como la expectativa y la respuesta que esta reciben de ella.

### **3.2.1 Higiene personal**

La higiene personal forma una parte importante de lo que se llama autonomía básica, la cual es una actividad íntima en la que la persona dentro de sus posibilidades, ejerce un grado de independencia respecto a los demás. Si bien es verdad que todo niño pequeño en sus primeros años de vida requiere del apoyo de un adulto para desarrollar estas habilidades de higiene tales como; control de esfínter, vestirse y alimentarse, la persona con alguna discapacidad intelectual requieren de mayor tiempo para desarrollar dichas habilidades, por ello se hace necesario desde la infancia un entrenamiento progresivo, iniciando en la familia y

posteriormente en los centros educativos para lograr un mayor grado de autonomía (Guerra y Portada, 2013).

La habilidad de autonomía personal o de autocuidado busca como objetivo, que la persona se pueda desenvolver de forma independiente en el cuidado personal. Dentro de los programas educativos que hay para la persona con discapacidad intelectual, la autonomía se encuentra como prioridad de intervención dentro de la enseñanza del aprendizaje. El aprendizaje de la autonomía en ésta área implica acercarse a comportamientos sociales, los cuales le permitirán a la persona enfrenarse paulatinamente a la exigencia de su entorno, y solicitar lo menos posible la ayuda del adulto y se haga responsable. Berrezo, Gracia y Pérez (2005) dividen el autocuidado como a continuación se presenta:

- Aseo personal: control de esfínteres (papel higiénico, jabón, toallas húmedas), higiene personal, (lavado de cara, manos, baño diario, cuidado dental) estética, (corte de uñas, peinado, corte de cabello).
- Alimentación: utilización de los cubiertos, modales al comer, conservación y almacén de los alimentos, preparación de comidas sencillas.
- Vestimenta: vestirse y desvestirse, incluyendo zapatos, prenda interior, vestimenta por temporada, vestimenta por actividad, conservación de la ropa limpia y sucia.
- Utilización: utilización de los aparatos electrodomésticos, limpieza de utensilios, orden y cuidado.
- Autoadministración de fármacos elementales: sólidos (aspirina y vitaminas, al igual de un medicamento controlado) y líquidos (jarabes y gotas).

### 3.2.2 Habilidades del hogar

Al hablar de habilidad adaptativa la persona con discapacidad intelectual debe cubrir cierta destreza en determinada área tal como la comunicación, el cuidado personal, las habilidades sociales, la autodeterminación, la habilidad académica funcional, todas estas son parte de la vida independiente, pero también la vida en el hogar, que busca como principal objetivo cubrir las tareas en el mismo, jerarquizándolas como tareas básicas, como hacer la cama, poner la mesa, asear la cocina, asear la recámara, barrer, trapear, sacudir, tirar la basura, que involucra sentido de responsabilidad y mayor independencia (López, 2002).

Las habilidades domésticas forman parte de la vida independiente de la persona con discapacidad intelectual, se percibe primero como una habilidad y posteriormente como una rutina doméstica, se requiere de una constante práctica pero también del seguimiento de instrucciones. Los quehaceres domésticos y la labor del mantenimiento no son propiamente responsabilidad del adulto por lo cual es importante desde temprana edad involucrar al niño o adolescente en el reto que plantea la vida doméstica. Es importante que desde el nacimiento se haga participe al individuo con discapacidad intelectual, para que posteriormente y de manera progresiva, tenga una responsabilidad cada vez mayor en las faenas domésticas. Baker y Brightman, (2002) clasifican las habilidades domesticas de la siguiente manera:

- Limpieza: guardar las cosas en su lugar, vaciar cestos y sacar los desperdicios, barrer, sacudir, utilizar aspiradora, lavar ventanas o espejos, trapear piso, encera piso, limpiar fregadero, inodoro, estufa, horno, descongelar y asear refrigerador, lavar y secar platos, ollas y cacerolas, ordenar trastes platos.
- Lavandería: separar prenda lavable en máquina y a mano, separar prendas lavables en seco, prendas limpias y sucias, prendas de color oscuro y claras, lavar prendas a mano, colgar prendas en tendedero, utilizar correctamente lavadora (conocer los modelos de lavadora por

usar), medir cantidad de jabón, utilizar secadora, usar máquinas que operen con monedas, colgar prendas adecuadamente, doblar, clasificar y guardar prendas adecuadamente, planchar prendas de acuerdo a necesidades.

- Preparación de alimentos: guardar víveres en la alacena, preparar mesa, recoger mesa, elaboración de bocadillos, planificar desayuno frío (sin mezclar, ni cocinar), cocinar alimentos preparados como desayuno caliente, usar horno (adaptar correctamente temperatura y tiempo), organizar ensalada y postre, cocinar plato principal de la misma manera elaborar una comida completa, encontrar y reemplazar alimentos y utensilios en el área designada, identificar alimentos enlatados o empaquetados por etiqueta, guardar restos de alimentos, identificar y desechar desperdicios de alimentos, identificar y usar utensilios y aparatos (tostador, batidora, mezcladora, abridor de latas, cafetera), usar utensilios de medición.
- Reemplazo de artículos usados: reemplazar bombillas quemadas, sustituir rollos de papel higiénico o jabón en el cuarto de baño, reemplazar baterías (en juguete, radio o lámpara portátil), suplir la bolsa de aspiradora, reemplazar bolsa de basura.
- Uso de herramienta: escalera manual, martillo, destornillador, llave de tuercas, pinzas, cinta métrica, cordón para atar nudos.
- Ajuste y mantenimiento rutinario: conectar y desconectar adecuadamente aparatos electrónicos, adaptar ventanas, persiana o cortinas, ajustar la luz o temperatura, templar el termostato, compaginar la televisión o el radio (seleccionar estaciones), asegurar la casa (a la hora de dormir y salir), arreglar la cama, alimentar y regar plantas domésticas, abonar, escarbar y cortar el césped o jardín, recortar arbustos, abrir y cerrar contraventanas, apagar luces, televisión y otros aparatos cuando no se usan, rastrillar hojas, cuidar mascotas (alimentación, baño, asea el lugar posteriormente), cortar césped,

recargar gasolina y aceite en podadora, conocer aspectos de seguridad de herramientas.

- Reparación no rutinarias: reparar bisagras o manijas estropeadas, clavar una reja, remplazar fusibles quemados, colgar un cuadro, detener el flujo del agua continua del inodoro, utilizar bomba destapa caños, resanar desperfectos en yeso, levantar persiana, eliminar manchas (en tapete, ropa, cortinas), pegar un objeto roto con pegamento, realizar reparaciones simples de anteojos, desatorar tostador, unir cables, pintar superficies pequeñas o retocar con pincel, limpiar brocas y rodillos, saber cuándo buscar ayuda profesional para reparaciones.

Baker y Brigtmán (2002), reconocen el nivel del dominio con la habilidad que se está enseñando o desarrollando, pero también se conoce el nivel de dominio al enseñar independencia para desarrollar una rutina. Una rutina es la ejecución completa de más de una habilidad en un orden preestablecido, sin necesidad de recibir estímulo, al momento que se desarrolla la formulación de preguntas y toma de decisión la persona con discapacidad intelectual estará preparada para ejecutar una rutina de manera independiente.

### **3.2.3 Habilidades sociales**

El aspecto social conlleva a la aceptación y asimilación del individuo por parte de la comunidad o del medio social, buscando desarrollar hábitos, aptitudes, y actitudes en competencia social, por lo tanto, la integración implica la participación activa del individuo en el medio social donde transcurre su desarrollo, dando como resultado una experiencia realizada donde las condiciones ambientales proporcionan o facilitan la inserción del individuo en el medio escolar, social, laboral, comunitario, etc. (Jurado, 1993).

La habilidad social es un área prioritaria en el desarrollo. El entorno social está relacionado con los demás, nuestras emociones y sentimientos dependen de

ésta interacción, donde el aprendizaje está condicionado a la experiencia vivida, mientras que el entorno en que uno se desenvuelve va dirigido a los modelos sociales que nos rodean. Con respecto a la persona con discapacidad, es importante mejorar sus habilidades sociales para incrementar su adaptación comunitaria, y favorecer la integración y al mismo tiempo evitar problemas psicológicos y de abuso sexual (Gutiérrez, 2010).

Jurado (1993), menciona la necesidad de distinguir conceptos en el área de habilidades sociales, ya que se confunden dentro de la integración social:

- Socialización: es un juicio sobre la competencia en la sociedad donde la persona interactúa recíprocamente con los demás, teniendo tres posiciones para la socialización: en la primera es incapaz o tiene una capacidad limitada de socialización, la segunda se lleva a cabo en instituciones especiales aislado de la dinámica de la vida normal, y por último es capaz de llevar a cabo su propio proceso de socialización en igualdad de condiciones con sus iguales no deficientes pero con ayuda especial.
- Adaptación social: se trata de asumir un rol en la sociedad que lleve a un proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual debe pasar por cinco elementos:
  - 1) Cambios en la actitud y en la acción de la aceptación en la diferencia individual.
  - 2) Realización de iniciaciones, entendidas como oferta social de inicio de una integración (Decir ¡Hola! por ejemplo, compartir, ofrecer ayuda, preguntar algo, demostrar afecto, etc.);
  - 3) Respuesta a la iniciación para continuar la interacción, ya que no responden correctamente a la iniciación, en este caso el agente mediador ha de indicar la posibilidad de respuesta;

- 4) Continuar interacciones por medio del diálogo, juegos cooperativos, trabajo en equipo y cada vez durante periodos más largos; y
  - 5) Promover la generalización y mantenimiento de la interacción.
- **Habilidad social:** La disposición de oportunidades y de realización de actividades de interacción social como estrategia fundamental donde se busca el uso de metodologías específicas que puedan facilitar el aprendizaje de esta habilidad por ejemplo, el uso de estímulos visuales, y método de aprendizaje social y operante.

### **3.2.4 Sexualidad**

Según Ávila y Torices (2006), la salud sexual definida por primera vez en la reunión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en mayo del 2000, es la necesidad de atender la sexualidad de grupos en situación marginada o vulnerable extrema, en el que se incluye a la persona con discapacidad de cualquier índole. La sexualidad es una experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico, sociocultural. La salud sexual se observa en la expresión libre y responsable de la capacidad sexual que propicia un bienestar armónico personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. Para que esto se logre es necesario que los derechos sexuales de la persona se reconozcan y garanticen.

El comportamiento sexual del ser humano está constituido por una serie de aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. El biológico se refiere a la anatomía humana esencial para el comportamiento sexual que nos diferencia e identifica como hombre o mujer, ya que a partir de ahí se van desempeñando roles que vamos construyendo a partir de estas características anatómicas. El psicológico se refiere a la integración de los aspectos somáticos, emocionales, e intelectuales del ser humano que permita que entienda el mundo que le rodea,

proyectándolo en su personalidad. El aspecto social es el cambio de la interacción de los individuos entre sí (Ávila y Torices, 2006).

La persona irá desarrollando su sexualidad y la forma de cómo la viva, a partir de tres esferas según González y Gonzalo, 2015 a continuación se presentan:

1) La dimensión relacional: se refiere a todo aquello donde hay interacción entre los sexos, encuentros y desencuentros, comunicación, sentimientos, atracción, afecto, dar y recibir dentro de un grupo.

2) La dimensión recreativa: es todo aquello que es placentero, gratificante, que produce ilusión al encuentro con otra persona.

3) Dimensión reproductiva: que la persona sea conceptiva y procreativa, así como elegir el momento de una manera responsable la concepción de ser progenitores de un nuevo ser. Para la persona con discapacidad es difícil ubicarla dentro de esta esfera, por lo cual se debe disponer dentro de un modelo de educación sexual presentados a continuación:

- Modelo de evitación de riesgo: no pretende de manera alguna educar al individuo para que viva sus relaciones y actividades sexuales, más bien tiene como fin evitar cualquier tipo de riesgo derivado de una relación sexual, este modelo aplicado a la persona con discapacidad es para eludir, evitar o sortear cualquier riesgos de salud tales como embarazos no planificados o las enfermedades de transmisión sexual.
- Modelo moral: va encaminado a la preparación del matrimonio, la constitución del núcleo familiar, guiar a la crianza, y el cuidado de los hijos. Desde este modelo se hace más complicado el reconocimiento y la aceptación de la existencia de la sexualidad en la persona con discapacidad intelectual ya que comúnmente no está en posición de crear un matrimonio ni de tener hijos debido a su limitación.
- Modelo revolucionario y social: plantea no sólo la necesidad de una educación sexual en la escuela y el acceso al libre uso de la ayuda que

se pueda disponer en el tema de sexualidad para poder desarrollarla, éste modelo defiende el derecho de tener actividad sexual, destacando un elemento fundamental para la persona, la masturbación, entrando a la persona con algún tiempo de discapacidad, pero también enseña a la persona a mantener relaciones sexuales seguras y enseñarle hacer uso de su cuerpo mediante la autoestimulación.

- Modelo biográfico-profesional: persigue que la persona goce de mayor libertad sexual promoviendo el bienestar propio y social, haciendo uso de la tolerancia y de las habilidades interpersonales tales como expresar sus sentimientos, anatomía, fisiológica, identidad de roles de género y afecto social, y busca la tolerancia donde el profesionalista en discapacidad, debe respetar la decisión que la persona (paciente) tome pudiendo estar o no de acuerdo, salvo que esta decisión ponga en riesgo el bienestar del individuo.

El desarrollo de la sexualidad en la persona con discapacidad intelectual presenta una serie de problemas e interrogantes y se considera parte integral de su personalidad. La persona con discapacidad no es un sujeto asexual, no se puede considerar fuera de la norma biológica (órgano que atribuye al sexo femenino o masculino), cultural o social. Una de las mayores dificultades encontradas son los padres que no reconocen a ese adolescente o adulto como una persona sexual, más bien la perciben como un individuo asexual, provocando un impacto en la sexualidad su propio hijo (Antoni, Casarella, Duacostella, Filidoro, Short y Tallis, 2010).

Las necesidades afectivas y sexuales que tiene la persona con discapacidad intelectual son las mismas que la persona regular, su interés por el sexo, como en los niños "normales", suele ser precoz y sus características sexuales secundarias suelen aparecer también en la adolescencia, lo cual genera cambios sistemáticos en la interacción con el sexo opuesto. Gutiérrez, (2010)

menciona que se marca una serie de manifestaciones sexuales de acuerdo al grado de discapacidad de los jóvenes:

- ✓ Personas con discapacidad intelectual leve:
  - Sus manifestaciones se pueden considerar dentro de la normalidad, siguiendo su mismo desarrollo aunque de manera más ralentizada.
  - Su nivel comprensivo le ayuda a aprender en el aspecto sexual, su nivel es equiparable al del adolescente entre once y trece años de edad.
  - Son receptores de la información de su entorno, como es la televisión, internet, revistas, conversaciones, etc.
  - Son susceptibles de adquirir capacidad de autocontrol.
  - Es el grupo en el que encontramos una mayor variabilidad en su manifestación, en función de su propia característica y su experiencia.
  - Sus experiencias sexuales suelen ser bastantes normalizadas, con una orientación bien definida (besos, caricias, coqueteos; etc.).
  - Necesitan relaciones interpersonales, cubriendo así su necesidad sexual en un ámbito más amplio: afectividad.
  
- ✓ Personas con discapacidad intelectual moderada:
  - Tiene menos habilidad que los antes descritos, son educables, pudiendo entender y desarrollar hábitos correctos, aprenden sobre su cuerpo, deseo y sentimiento.
  - Gran parte de las conductas que manifiestan son más producto de la imitación que de la iniciativa propia.
  - Sus manifestaciones más frecuentes son la masturbación y la manipulación de genitales a otros y por parte de otros.
  - Sus relaciones pueden ser homosexuales o heterosexuales, dependiendo de gran medida de sus experiencias y circunstancias ambientales.

- ✓ Personas con discapacidad intelectual severa:
  - La actividad sexual es espontánea y autoerótica, además la utilización de objetos (juguetes, paredes, suelo, colchoneta) adecuados o inadecuados y de compañeros (manos, pies; etc.) para su propia excitación sexual y autoestimulación de genitales.
  - En este grupo es donde existe mayor riesgo de aprender conductas sexuales inadecuadas, por exposición a influencias ambientales y por carencia de estrategias educativas correctoras.
  
- ✓ Personas con discapacidad intelectual profunda:
  - Su capacidad de relación está enormemente limitada, llevando en la mayoría de los casos al rechazo del contacto, al aislamiento y a la realización de conductas auto estimulatorias.
  - Manifestaciones sexuales caracterizadas por la realización de conductas autoestimuladoras y estereotipadas sobre sus genitales que no les lleva a la satisfacción plena. Estas conductas llegan a aparecer más tardíamente que en los demás iniciándose en la pubertad.

La imagen corporal se va formando, modificando y estableciendo a través de la múltiple experiencia. En el caso de la persona con discapacidad su imagen corporal puede estar alterada y es probable que el cambio hacia la aceptación del propio cuerpo resulte más inseguro. Es necesario apoyarlos en este proceso para favorecer la percepción de aquella potencialidad y rasgos positivos, la formación de la imagen corporal comienza alrededor de los doce años y según González y Gonzalo (2014), esta imagen se contribuye a partir de los siguientes factores:

1. Cultura socializante: el individuo se desarrolla dentro de una cultura la cual indica qué es bello y qué es feo; a partir de esta cultura este aspecto puede ser positivo o negativo para el individuo.

2. Experiencias con otras personas: unos padres que escondan el cuerpo de su hijo, le estarán dando el mensaje que no puede ser enseñado, por lo que su imagen corporal será negativa. Es muy frecuente que la red social de la persona sea menor que el de la población en general, como consecuencia de esto encontramos que la ayuda para la imagen corporal se vea limitada pero también el nivel de ansiedad se eleva al momento de la interacción con el otro.
3. Características idiosincráticas: son aquellas relacionadas con la particularidad y la forma de ser concreta de cada individuo, las características personales de cada individuo van a modular la imagen corporal que éste construya de sí mismo. La insatisfacción con la imagen corporal implica una peor autoestima, lo que hará que el sujeto viva su sexualidad insatisfactoriamente.

### **3.2.5 Capacitación Laboral**

Un punto importante para analizar en la discapacidad intelectual: la inclusión laboral, mejor conocida como trabajo. Si se prepara adecuadamente el puesto de trabajo a la necesidad real, se proporciona la oportunidad de hacerlo, la persona con discapacidad intelectual será capaz de trabajar. Gracias a la ley 13/82 sobre integración social de los minusválidos en el año de 1982, se facilitó la integración laboral para el beneficio de la persona con discapacidad intelectual, logrando que tenga preparación para el trabajo, por lo cual debe tener una formación académica para tener la habilidad social necesaria para a la inclusión, también se debe relacionar con distintos trabajos para potencializar la habilidad de aprender y de realizar un buen trabajo manual (Arranz, 2002).

A los jóvenes con discapacidad intelectual se les deben brindar las mismas oportunidades educativas así como las sociales para que puedan participar activamente y de forma autónoma en la sociedad en la que viven. El trabajo es el que permite cubrir un rol dentro de la sociedad en la que se vive y a la que se

pertenece, se debe buscar una formación ajustada a la necesidad cognitiva y psicológica de la persona con discapacidad intelectual. Es importante trabajar en las habilidades sociales para poder relacionarse adecuadamente en diferentes entornos laborales, es decir, las diferentes personas que se encontrarán en diferentes puestos de trabajo, desarrollar la inteligencia emocional como equilibrio personal, social y laboral de los individuos y por último, buscar estrategias de pensamiento como son atención, percepción y memoria (Cerrillo y De Miguel, 2010).

La globalización ha acelerado y reforzado la necesidad de aceptar la diversidad, la contratación de personas con discapacidad se reconoce cada vez más como un factor para mejorar la eficacia, productividad y éxito global de la empresa (Consejo Nacional para prevenir la discriminación, 2005). En la inserción laboral de la persona con discapacidad hay consideraciones generales de acuerdo con empresas incluyentes:

- Legalmente la contratación de la persona es la misma que para todos los trabajadores, están regidas de igual manera por la ley federal del trabajo y por la ley del seguro social, le corresponde el mismo derecho, prestaciones y obligaciones.
- Los trabajadores con o sin discapacidad pagan la misma cuota del IMSS, no existe incremento alguno en la cuota por tratarse de trabajadores con discapacidad.
- Al igual que cualquier otro candidato para ingresar a un trabajo, la persona con discapacidad deben contar con el conocimiento y habilidad que cubra el requisito del perfil del puesto que vallan a ocupar.
- Eventualmente contratar a una persona con discapacidad puede resultar no exitoso, como también puede suceder con cualquier otro trabajador, pero esto no debe desalentar al empleado.

Para la inclusión al puesto de trabajo es necesario utilizar diferentes técnicas para la inducción de la persona con discapacidad intelectual:

- ✓ Demostración: que explique y demuestre la tarea, después haga que el trabajador lo ejecute.
- ✓ Uso de lenguaje breve y simple: evitar palabras técnicas y complicadas, dar instrucciones precisas y directas.
- ✓ Establecimiento de rutinas: que el empleado haga el trabajo en el mismo orden en forma de rutina.
- ✓ Establecimiento de comunicación: informar al empleado en calidad y cantidad de trabajo, cerciorándose que sepa que hacer y a quien reportar cada vez que termine su asignación. Si la tarea requiere de material adicional enseñe a su empleado donde encontrarlo, fomente en su trabajador a preguntar si no entiende o se encuentra inseguro de realizar alguna tarea.
- ✓ Retroalimentación: Haga saber a su empleado como está realizando su labor, refuerce el trabajo correcto inmediatamente, como lo realizaría con cualquier otro empleado.

### **3.2.6 Vialidad**

La educación vial tiene el propósito de brindar información e impulsar una cultura de respeto que derive en la disminución de los altos índices de accidentes viales, de acuerdo a la Secretaría de Transporte y Vialidad (SETRAVI, 2011) menciona la renovación del transporte y la movilidad a través de la siguiente clasificación:

- Transporte particular: pertenece a un vehículo particular.
- Transporté público colectivo: servicio de transporte público de pasajeros concesionado, microbuses y autobuses.
- Transporte publico individual de pasajeros: servicio privado conocido como taxi.
- Transporte escolar: servicio de escuelas.

- Sistema de transporte colectivo Metro: movilidad de los habitantes en vagones.
- Sistema de transporte colectivo en ruedas Metro bus: movilidad de habitantes en vagones que van sobre rueda.
- Red de transporte de pasajeros (RTP): modalidad de servicio ordinario.
- Atenea: servicio exclusivo para mujeres.
- Eco bus: ruta verde operan con gas natural comprimido.
- Servicio de transportes eléctricos (STE): movilidad para pasajeros y funcionan con electricidad.

Se realizaron actividades para el cumplimiento del programa de Derechos Humanos del Gobierno del Distrito Federal, siendo éste de gran importancia para garantizar que hombres, mujeres, niños y adultos mayores y personas con discapacidad ejerzan su derecho a moverse con dignidad y calidad, desarrollando talleres para sensibilizar y concientizar a los servidores públicos operadores y usuarios.

## **4. CALIDAD DE VIDA**

Según Cuesta (2009), en la década de los cincuenta se dio un movimiento llamado indicadores sociales, donde se utilizó por primera vez el término de calidad de vida en un ambiente de debate público entorno al medio ambiente y al deterioro de la condición de vida urbana, enfocándose al bienestar humano. Posteriormente en los años sesenta y setenta donde se dio a conocer el avance de la dimensión subjetiva de la calidad de vida, conocida como el indicador social que mencionaba los bienes materiales no aseguraban la calidad de vida para todos, por lo cual se enfocaron en lo psicológico, que reflejaba las expectativas individuales, entendiendo la satisfacción percibida por la persona en relación a las diferentes áreas de la vida.

El concepto comienza a interpretarse de una manera multidimensional; en los años ochenta se da a conocer el modelo empresarial de calidad, su principal objetivo es el cliente considerando el punto de vista y la satisfacción de la persona que consume los productos o servicios.

Mirando el concepto de calidad de vida desde una perspectiva cultural, la época, y el grupo social tenemos que Ardila (2003), considera que es una combinación de elemento objetivo y de una evaluación individual donde se marcan dos factores diferentes: el primero considerado como calidad de vida objetiva y el segundo calidad de vida percibida, donde interviene el estilo de vida (elementos físicos, materiales y sociales) pero también parte de la persona y no del ambiente, esta puede ser objetiva o subjetiva. Por lo cual los aspectos subjetivos los podríamos enumerar en cinco elementos; 1) intimidad; 2) expresión emocional; 3) Seguridad percibida; 4) Productividad personal; y 5) salud percibida. Con respecto a los aspectos objetivos se encuentran: 1) Bienestar material; 2) relaciones armónicas con el ambiente; 3) Relaciones armónicas con la comunidad; y 4) salud objetivamente considerada.

Un aspecto importante en la calidad de vida es aquel que está relacionado a la salud, donde las principales instalaciones públicas deben tener las competencias para apoyar e intervenir con las poblaciones especiales, entendidas como aquellos grupos poblacionales con condiciones crónicas o invalidantes, con el objetivo de incidir en el aumento de su funcionalidad para alcanzar mejor calidad de vida, y un estilo de vida saludable basado en la práctica del ejercicio físico que permitirá iniciar el beneficio físico y psicosocial, así mismo mejorar el bienestar general (Martínez, Muñoa y Sañudo, 2012).

#### **4.1 Calidad de vida en discapacidad intelectual**

El modelo de calidad de vida surge en el campo de la discapacidad intelectual, orientado hacia la felicidad de la persona, tiene principios muy sólidos como la centralización en la esencia del ser humano y no en el trastorno del desarrollo, permitiendo la autodeterminación en la persona, la inclusión a la relación interpersonal, unifica distintos conceptos y aspectos de la persona con discapacidad como normalización, bienestar, inclusión, también se busca la calidad en los servicios, es decir lo que se hace con los servicios se integra; los modelos médicos, asistenciales y terapéuticos centrándose en las aspiraciones de todas y cada una de las personas (Simarro, 2013).

Al hablar de un modelo de calidad de vida en personas con discapacidad intelectual Shalock y Verdugo (2008 citado en Bermejo, Canal, Castillo, Fernández, Leturia, Martín, López, Planella, Tamarit y Verdugo, 2011), proponen un modelo de ocho dimensiones de calidad de vida, así mismo proponen indicadores e ítems para su evaluación:

- 1) Dimensión de bienestar emocional: toma en cuenta los sentimientos como satisfacción tanto en un nivel personal y vital donde incluye el auto concepto, dando estos sentimientos de seguridad o inseguridad pero también de capacidad e incapacidad, se marca al estrés como

un factor de motivación, humor, comportamiento, ansiedad o depresión.

- 2) Dimensión de relaciones personales: establece la interacción con familiares, amigos o en actividades sociales, buscando la gratificación social por medio del contacto social.
- 3) Dimensiones de bienestar material: involucra el aspecto económico esté a su vez permite una vida confortable, saludable y satisfactoria.
- 4) Dimensiones de desarrollo personal: se toman en cuenta las competencias (conducta adaptativa y desarrollo de estrategias de comunicación) pero también habilidades sociales para buscar el aprovechamiento de oportunidades en el desarrollo personal y aprendizaje, donde se busca la integración al mundo laboral con la adecuada motivación.
- 5) Dimensiones de bienestar físico: busca el bienestar físico, el cual permite desarrollar las actividades de la vida diaria, se busca atención sanitaria (preventiva, general, hospitalaria, a domicilio, etc.) toma en cuenta el estado de salud donde no debe haber un aspecto de dolor o medicación.
- 6) Dimensiones de autodeterminación: se establece un proyecto de vida personal, es la posibilidad de elegir y tener opciones involucrando: metas, valores, preferencias, objetivos, interés personal, todos estos aspectos facilitan la toma de decisiones permitiendo que se tenga opción para definir ideas y opiniones, en esta dimensión se marca la autonomía personal, dejando a cada persona organizar su vida y tomar decisiones sobre temas de su propia incumbencia.
- 7) Dimensiones de inclusión social: se debe valorar el rechazo y la discriminación por parte del contexto social, buscando la inclusión a los aspectos comunitarios, se debe evaluar el entorno de ocio comunitario para saber si este es amplio o limitado.
- 8) Dimensión de la defensa: los derechos que contemplan el derecho a la intimidad, el derecho al trato recibido de su entorno.

Al hablar de calidad de vida en personas con discapacidad intelectual se tomara en cuenta un concepto de suma importancia “la mejora de la calidad” que tiene como mayor objetivo, optimizar los resultados personales y la transparencia en la mejora, donde exige que, los proveedores de servicio asuman la responsabilidad de recoger y analizar datos donde debe haber compromiso entre el personal de la organización para asegurar que los resultados personales estén claramente definidos, además de tener un método estandarizado para su evaluación, los resultados personales los podríamos definir como lo que la persona quiere en su vida, donde la organización debe tener como meta la mejora de la calidad según, Schalock y Verdugo, (2007) describiéndola en diez elementos:

1. Conseguir que la persona implicada se comprometa: a través del interés para obtener datos personales, compromiso al proceso de cambio y compromiso a la acción, requiriendo el conocimiento de estrategias concretas.
2. Modelos mentales: es la representación mental con la que comprendemos el mundo, están vinculados con la visión y cultura de la organización donde se fomenta una buena dirección, formación de valores, desarrollo de servicios, evaluación de resultados y la mejora en la calidad.
3. Apoyar el cambio y la transformación: implica el cambio y la renovación en la planificación y en la evaluación del programa.
4. Organizar seminarios de análisis de datos: se mejorara la comprensión de conceptos, involucrar a los interesados, aclarar las preguntas, ayudar al personal a entender los factores del contexto que afectan los resultados obtenidos, indicaciones específicas al personal especializado de cómo mejorar los resultados personales, enfatizar en el objetivo de la recogida y análisis de datos para la mejora en la calidad y resaltar qué es una evaluación y dónde requiere una mejora a largo plazo.

5. Crear equipos de aprendizaje: se requiere la autodirección, estableciendo y centrándose en metas nuevas.
6. Inculcar un pensamiento de derecha a izquierda: se deben expresar los resultados deseados, posteriormente se pregunta qué se necesita para llegar a los resultados deseados.
7. Fomentar la reedificar de la organización: sistemas de ayuda pública sencillos de describir e identificar, método de cumplimiento, programas individualizados dentro de la comunidad, organizaciones proveedores de servicios como puente para la comunidad.
8. Orientarse a la reedificación de los resultados personales: asignar recursos para maximizar el impacto positivo en los resultados personales deseados, donde se busca mejorar el nivel de la conducta adaptativa, estatus laboral, autodeterminación y ayuda profesional.
9. Establecer estándares: se utilizan y se desarrollan en la organización para alcanzar resultados de calidad.
10. Evaluar el progreso y proporcionar feedback: ubicando a la organización en dos niveles, en el primero encontramos el nivel organizacional donde se marcan las puntuaciones de calidad de vida enfocándose en el servicio y los resultados, en segundo nivel se proporciona a una cantidad mucho mayor de personas interesadas ampliando la distribución de los perfiles de proveedores.

## **5. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MODIFICACIÓN CONDUCTUAL**

Las técnicas conductuales son utilizadas para modificar, eliminar o desarrollar una conducta, y pueden ayudar a mejorar la vida de las personas. Para Martin y Pear (2008), la modificación de la conducta es un procedimiento que consiste en mecanismos para alterar el entorno del individuo y así ayudarlo a funcionar adecuadamente, entendiendo como entorno a los objetos, sucesos y personas que se presentan en el contexto más cercano a alguien, afectando los receptores sensoriales y al comportamiento. A las personas, objetos y situaciones que componen el entorno funcional se le llama como estímulos.

### **5.1 Teoría conductual**

Para hablar de conducta primero se tienen que comprender los principios básicos que se derivan de esta, principalmente de la teoría conductista, Arancibia, Herrera y Strasser (2013) propone seis principios fundamentales:

- a) Las personas responden a las variables de su ambiente donde los individuos actúan de cierta manera, ya sea realizando una conducta o evitándola.
- b) El aprendizaje como cambio conductual tiene que ser definido como algo que es observable: conducta; existe aprendizaje cuando hay un cambio conductual y se ha mantenido.
- c) La conducta es un fenómeno observable e identificable, la cual puede modificarse y establecer un aprendizaje entre estímulo y respuesta.
- d) Las conductas no adaptativas se adquieren por medio del aprendizaje por tanto se pueden modificar al manipular las condiciones del estímulo en el medio ambiente o sustituyendo la respuesta conductual.

- e) Los problemas tienen que ser descritos en términos concretos y observables, dos respuestas externas semejantes no provienen del mismo estímulo y un mismo estímulo no produce la misma respuesta.
- f) La teoría conductual se focaliza en el aquí y en el ahora, lo crucial es determinar las relaciones funcionales que en el momento está operando en producir o mantener la conducta.

A lo largo de la historia de la psicología, diversas teorías han surgido con el objetivo de explicar el funcionamiento de la mente humana partiendo de la conducta, es importante dar un recorrido en los orígenes de las técnicas de modificación de la conducta. Thorndike en el año de 1898 da a conocer el principio de aprendizaje trabajando con animales, sus trabajos contribuyeron a sentar las bases del condicionamiento instrumental. Explicó la ley del efecto enunciando que aquellas conductas que conducen a resultados positivos (recompensas) se repiten y aquellas conductas que conducen a un resultado negativo (castigo) dejan de emitirse dicho de otra manera las consecuencias agradables que siguen a una respuesta incrementa la conexión entre estímulo y respuesta mientras que las consecuencias desagradables debilitan dicha conexión, (Sanz 2014).

A principios del siglo XX surgió el condicionamiento clásico por Pavlov en el año 1930 a partir de sus estudios con animales. El condicionamiento clásico es el proceso a través del cual se da una respuesta (condicionada) que previamente fue apareada con un estímulo que antes no causaba esa respuesta. Después de presentar varias veces el estímulo condicionado, se da la respuesta de manera inmediata (Arancibia, Herrera y Strasser, 2013).

Posteriormente, con la teoría del comportamiento donde Watson aplicó los principios del condicionamiento clásico en determinadas conductas humanas para establecer si eran “instintos” ó si eran conductas aprendidas, demostró el procedimiento mediante el cual aumenta la respuesta condicionada por sucesivos emparejamientos del estímulo incondicionado con el condicionado, también existe el procedimiento de la extinción que se refiere a la pérdida gradual de la respuesta condicionada que ocurre cuando el estímulo condicionado es presentado sin el

estímulo incondicionado, de esta forma se puede aprender nuevas conductas o desaprenderlas; un concepto de suma importación es la generalización de estímulos, referido a la tendencia de emitir la respuesta condicionada ante un estímulo similar al que fue originalmente asociado (Arancibia, Herrera y Strasser 2013).

En la década de 1950 Skinner utilizó los conceptos de reforzamiento y control de estímulos dando lugar al condicionamiento operante o análisis funcional del comportamiento, donde la conducta es una variable dependiente de su consecuencia (refuerzo) presentando un modelo de contingencia en tres términos en que un estímulo discriminativo (influencia, ambiental y antecedente) que permite la aparición de una respuesta que es surgida de un estímulo que refuerza (consecuencia) donde aumenta la probabilidad de que la respuesta se reproduzca en el futuro (el castigo disminuye esta posibilidad), dicho en otras palabras es el procedimiento por el cual se fortalece un comportamiento que es seguido de un resultado favorable (refuerzo) aumentando las posibilidades de que este comportamiento vuelva a ocurrir, se aprende aquello que es reforzado, por tanto el comportamiento está determinado por el ambiente, que son las condiciones externas al organismo (Ferster y Perrott, 1976).

Arancibia, Herrera y Strasser (2013) mencionan que a partir de lo anterior surge el análisis ABC, donde (A) es el antecedente a la conducta (B) la conducta y (C) sus consecuencias.

## **5.2 Modificación de la conducta**

Para poder entender las técnicas operantes es importante conocer los conceptos básicos del comportamiento humano, de acuerdo con Ferster y Perrott, (1976) se enlistan los siguientes:

Conducta: se refiere a la respuesta operante que todo organismo vivo emite ante la presencia de un estímulo.

Conducta problema: es la forma inadecuada como el organismo responde a las frustraciones, entre ellas encontramos tres tipos de conductas inadecuadas que afectan al organismo: conductas que interfieren con el aprendizaje, conductas que interfieren con la habilidad ya adquirida y conductas que crean desorden en el medio ambiente, aquí también encontramos las conductas autolesivas o de agresión.

Contingencia: es la triple relación funcional entre la conducta y los cambios ambientales que la siguen (las consecuencias) esta aparece solo cuando se ha dado la conducta objeto. Se utilizará una conducta de alto nivel de aceptación para el sujeto como reforzador positivo, el participante siempre tendrá presente el reforzador, con el objeto de incrementar una nueva habilidad, siempre se tendrá clara una conducta de alta probabilidad y una de baja, llamado principio de Premorck, debe tener los siguientes elementos: Descripción detallada de la conducta a modificar (permanencia en el ambiente con nivel de producción, es decir trabajo de actividades), establecimiento de la frecuencia para especificar cada cuándo se va a reforzar, especificar el reforzador, establecimiento de lapsos, establecimiento de lapso de tiempo en que se espera la respuesta en el programa.

Reforzamiento: es cualquier evento que contingente con la respuesta de un organismo altera la probabilidad futura de que ocurra dicha respuesta, siempre va después de emitida la conducta, puede ser positivo cuando se presenta o se da algo agradable al sujeto o puede ser negativo cuando se le priva al sujeto del reforzador positivo o se usa algún estímulo aversivo (su propiedad es ser desagradable para quien lo recibe). El reforzamiento puede ser continuo (se refuerzan todas las apariciones de la conducta) se aplica durante la fase de adquisición de la conducta cuando el comportamiento se aprende ya que obtiene un refuerzo simple que facilita el aprendizaje; e intermitentes (solo se refuerzan algunas conductas) donde tenemos tres diferentes tipos: 1) De razón, se

refuerza una de cada “x número” conducta pueden ser de razón fija ( RF) o razón variable (RV) en los primeros siempre se refuerza las conductas después de un número fijo, en los segundos se refuerza después de un numero variable de emisión en función de un determinado promedio; 2) De intervalo, se refuerza la primera conducta pertinente que aparece después que haya trascurrido un lapso determinado de tiempo , también pueden ser fijos y variables; y 3) De duración, el refuerzo se produce después de que la conducta haya persistido durante un periodo determinado de tiempo (Labrador, 2008).

Reforzamiento positivo: proceso por el que se incrementa la posibilidad de ocurrencia de una conducta mediante la presencia de un estímulo percibido como agradable o positivo.

Reforzamiento negativo: procedimiento por el que se incrementa la posibilidad de ocurrencia de una conducta mediante la presentación de un estímulo percibido como desagradable. Existen 2 tipos de reforzadores primario (necesidades básicas del sujeto) y secundario (no tienen relación directa con las necesidades básicas, se convierten en reforzadores condicionados).

Extinción: cuando una ejecución ya no opera sobre el medio, ocurrirá con menos frecuencia hasta llegar a desaparecer, donde la ejecución que antes se reforzaba ocurre menos frecuentemente proceso por el que se elimina una conducta mediante la discontinuidad en la presencia de un reforzador positivo.

Castigo positivo: proceso por el que se elimina una conducta mediante la presentación de un estímulo positivo.

Castigo negativo: proceso por el que se elimina una conducta mediante la desaparición contingente de un estímulo positivo.

Modificación de la conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos de las personas y poder facilitar favorablemente su funcionamiento, Martin y Pear (2008) mencionan siete características de la modificación de la conducta:

- 1.- Se define en términos de comportamiento que pueden estimarse objetivamente dando los cambios son el mejor indicador del grado de solución del problema alcanzado.
- 2.- Los procedimientos y técnicas consisten en mecanismos para alterar el entorno de un individuo para que funcione adecuadamente.
- 3.- Sus métodos y fundamentos pueden ser descritos con precisión.
- 4.- Las personas pueden aplicar las técnicas en sus vidas cotidianas.
- 5.- Proviene de la investigación básica (condicionamiento clásico y operante) y aplicada de las ciencias del aprendizaje.
- 6.- Subraya la importancia de demostrar científicamente que una intervención puede provocar un cambio en la conducta.
- 7.- Valora la responsabilidad de todos los participantes que intervienen en los programas.

La modificación de conducta tiene como finalidad establecer nuevos patrones de conducta, busca el aprendizaje del sujeto para favorecerlo en el medio ambiente, a través de programas de intervención. Dichos programas están orientados a la adquisición, mantenimiento, incremento y desarrollo de aprendizajes para el comportamiento adaptativo, también busca la disminución y la extinción de las conductas que causan problema, clasificando al conjunto de habilidades conceptuales, sociales, emocionales y prácticas, que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Barrios, 1989).

Reyes (2011), menciona que los programas de modificación de conducta están orientados a la adquisición o incremento de comportamientos adaptativos pero también a la extinción o disminución de aquellos que no lo son, entendiendo como comportamientos adaptativos, aquellos que permiten integrarse a ciertos grupos sociales ya sea en el ámbito educativo, social o afectivo, dichos programas

se pueden llevar a cabo de forma individual o grupal, teniendo como resultado la satisfacción personal de los individuos para ser productivo y aceptados socialmente.

Labrador (2008) clasifica las técnicas de modificación de conducta operantes tomando en cuenta tres momentos, el primero de ellos durante el “desarrollo de conductas” (moldeado o aprendizaje por aproximaciones sucesivas, encadenamiento y desvanecimiento); el segundo, “reducción de conducta” (extinción, tiempo fuera de reforzamiento, costo de respuesta, saciación y practica negativa, reforzamiento diferencial y sobrecorrección); y el tercero durante el, “sistema de organización de contingencias” (economía de fichas y contratos conductuales, también enuncia las técnicas desensibilización sistémica, aversiva, modelado y condicionamiento encubierto).

### **5.3 Concepto de habilidad**

Hablando desde en una aproximación social las autoras Agut y Grau (2001), refieren a la habilidad como el nivel de pericia en una tarea o grupo de tareas específicas, requiriendo un dominio físico y motor, pero también es la capacidad para desempeñar las operaciones de un puesto con facilidad y precisión, las actividades a desempeñar son de tipo psicomotor, donde las habilidades se aprenden en un tiempo relativamente corto, y están dirigidas a una meta muy específica para lograr la tarea.

Desde la disciplina pedagógica se marca que la habilidad es un concepto complejo y amplio, ya que es la capacidad adquirida por el hombre para utilizar sus conocimientos y hábitos durante un proceso de actividades tanto teóricas como prácticas, también son estructuras lógicas del pensamiento que permiten asimilar, conservar, utilizar y exponer los conocimientos, formando y desarrollando, a través de la ejercitación de las acciones mentales, la resolución de tareas teóricas y prácticas, éstas se desarrollan en una compleja red de

interrelaciones, en la cual se asimilan conocimientos gracias a la actividad consciente de quién aprende (Marques y Sixto, 2017).

Los autores Marques y Sixto (2017) mencionan desde la perspectiva psicológica, que la habilidad es la dimensión del contenido que muestra el comportamiento del hombre en una rama del saber propio de la cultura de la humanidad, es un el sistema de acciones y operaciones dominadas por el sujeto que responde a un objetivo, mediante las cuales el sujeto manifiesta en forma concreta la dinámica de la actividad con el objetivo de elaborar, transformar, crear, resolver situaciones y problemas.

Damián, y Muria (2008), definen a la habilidad como la facultad de aplicar algún tipo de conocimiento procedimental, el cual implica evaluar y mejorar lo que se hace y se piensa. Para desarrollar la habilidad hay que seguir una serie de etapas que según, estos autores son:

- 1) Conocer y comprender la operación mental que define el proceso
- 2) Estar conscientes de los pasos que componen la definición operacional del proceso
- 3) lograr la transferencia del proceso aplicándolo a gran variedad de situaciones y contextos
- 4) generalizar la aplicación del conocimiento
- 5) evaluar y perfeccionar continuamente dicho procedimiento.

Además, los autores mencionan diferentes tipos de habilidad:

- Habilidades metacognitivas: son referidas al conocimiento del control que tienen las personas sobre sus propia cognición por ejemplo los metacomponentes (planeación, evaluación y autorregulación).
- Habilidades del aprendizaje: permiten adquirir el conocimiento, dicha habilidad puede ser explícita o implícita, por ejemplo selección, organización e integración de información.
- Habilidades de pensamiento: existen tres tipos; la primera conocida como metacomponentes de ejecución, son todas aquellas habilidades de

pensamiento crítico – analítico incluye analizar, criticar, juzgar, evaluar y contrastar; la segunda habilidades de pensamiento creativo incluye crear, descubrir, investigar, imaginar, suponer o hacer hipótesis; y la tercera como las habilidades de pensamiento práctico que incluyen la aplicación, el utilizar y practicar.

#### **5.4 Concepto de funcionalidad**

Para Jaume (2011), la funcionalidad se comprende desde una perspectiva histórica definiéndola por dos aspectos: 1) etiología, afirma que la historia del organismo es el resultado de los rasgos funcionales porque en el pasado ha habido un proceso selectivo que lo ha mantenido en el organismo en virtud de sus contribuciones a éste; 2) sistémica, radica en la contribución causal actual de una parte del sistema al conjunto del mismo, pero ambos aspectos llegan a la conclusión que la funcionalidad tiene que ser dominante por el organismo, a través de un análisis sistémico que conceptualiza las funciones como contribuciones causales de un ítem al sistema que lo alberga.

El sector salud la define la funcionalidad como, la capacidad para cumplir acciones requeridas para la vida diaria, la persona subsiste independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está intacta, es capaz de enfrentar procesos de cambio en un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Castro, Merino y Sanhueza, 2005)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Clasificación Internacional de Funcionalidad de la Discapacidad y la Salud (CIF) la cual estudia la salud, crea un lenguaje común, admite la comparación de datos y ofrece un esquema de codificación sistematizada, que puede ser utilizado en varias disciplinas. Podemos decir que la funcionalidad muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona en sus diferentes contextos, es un término genérico

que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación (Solano, 2007).

Tomando en cuenta el contexto de la persona podemos puntualizar dos elementos: primero que la funcionalidad es particular de cada individuo, dos personas con la misma condición podrían tener diferente nivel de funcionalidad; segundo la persona actúa de diferente manera dependiendo de las modificaciones que se den en los factores contextuales y las condiciones de salud.

### **5.5 Inteligencia emocional: la habilidad para regular la conducta**

La habilidad emocional es retomada de la inteligencia social que la define como la capacidad de entender y manejar a los sujetos para actuar sabiamente en las relaciones humanas; la habilidad emocional no está representada por la inteligencia cognitiva y está definida como: la capacidad para controlar los sentimientos y emociones propios y de los demás, discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones como cualquier característica deseable de carácter personal, es la capacidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones; pero también es la capacidad de encontrar y/o generar sentimientos cuando éstos faciliten el pensamiento y por último es la capacidad de comprender y regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual (Danvila y Sastre, 2010).

La habilidad emocional es definida desde la inteligencia emocional como, la habilidad de percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual (Trejo, 2017).

Para efectos de este trabajo nos concentraremos en la habilidad emocional porque es parte de lo que regula la conducta, pero es indispensable comprender los aspectos relacionados con ella como la inteligencia emocional por tal nos

enfocaremos en la emoción más que en los sentimientos al trabajar con personas. De entendemos las limitaciones sociales que implica y por ello lo manejamos en el nivel más básico pero es indispensable entender que hay relación entre lo emocional y la conducta.

La afectividad es la relación de la vivencia o experiencia interna con la realidad externa, es cualidad perteneciente al ser psíquico y las experiencias de nuestra propia intimidad, el ser humano es una unidad psicofísica (vida sensible y psíquica), unidad psicosomática (cuerpo y mente) y una unidad psicosocial (vida individual y social), la afectividad se encuentra en la unidad psicosocial, mientras que las emociones se encuentran más en la unidad psicofísica, en otras palabras es la modalidad afectiva como conjunto de relaciones innatas que unen al ser vivo con su medio por medio de las emociones (Nava, 2009).

Pérez (2012), menciona que en el marco de la afectividad se pueden distinguir varios fenómenos psicofísicos:

- La emoción: es la experiencia afectiva intensa, pasajera, brusca y aguda que activa los diferentes subsistemas psicofísicos y proporciona energía vital, contribuyendo a la fuerza motivadora que guía y orienta el comportamiento humano donde la persona construye un sistema que tiene un estado de equilibrio, las emociones son fenómenos psicofísicos que detectan el estímulo que pone en juego dicho equilibrio orgánico.
- Las pasiones: se consideran estables como los sentimientos pero intensas como las emociones y en ellas tienen un importante papel la dimensión cognitiva, también sirve para describir una emoción o efecto hacia algo o alguien y puede tener dos dimensiones unipolares placer/ displacer o de atracción / rechazo, caracterizado porque es duradero, como en el estado de ánimo, la activación cortical es tónica.
- Los sentimientos: se consideran posteriores a las emociones, tiene que ver con el estado afectivo más duradero, consciente, complejo y estructurado que las emociones, pero son menos intensos y con menos implicación fisiológica, por un lado las emociones son modos de sentirse

afectados por el mundo exterior, el sentimiento es el modo en que nos proyectamos sobre él desde nuestra afectividad.

- El humor o estado de ánimo: constituye el clima emocional o la atmósfera interior de una persona; es una manera básica de aportar los estados psíquicos, con un tono agradable o desagradable e implica las creencias y expectativas acerca de la probabilidad de experimentar afecto positivo o negativo en el futuro.

Antoni, y Zentner (2014), describen cuatro emociones: miedo, rabia, alegría, tristeza; como las cuatro emociones básicas ya que representan vivencias internas comunes a personas de muy distintas épocas, lugares y culturas, desempeñan un papel protagónico en el desarrollo psíquico de todo individuo:

- Miedo: caracterizado por el recogimiento, contracción, y repliegue (contracción, retención, acumulación de energía) ante un aviso de peligro o ante una amenaza donde encontramos dos variantes: la primera, el temor de dañar a otro por impulso y la segunda el temor a recibir un daño desde afuera.
- Molestia y rabia: poseen una función equivalente a la del dolor orgánico, la molestia señala la existencia de una frustración y suele manifestarse con una explosión de grito, un ¡No! Continuamente, esa manifestación expansiva sirve para drenar la frustración.
- Alegría: es una energía expansiva (en algunos casos agresiva) y ascendente de nuestro organismo, en nuestros tejidos, en nuestros huesos, manifestándose con calor pero también se manifiesta a través del impulso a compartir dicho calor con los demás, por lo cual encontramos el establecimiento de contacto y compartir algo, manifestando esta emoción como ternura, erotismo y curiosidad.
- Tristeza es una emoción reflexiva, relacionada con el pasado, donde se aprende a acompañar al otro y dejarse acompañar por el otro.

Para cada emoción es preciso diferenciar tres niveles:

- 1) Nivel corporal: este nivel lo reconocemos al preguntarnos ¿Qué sensación física tengo en ese momento? puesto que la emoción se manifiesta siempre en alguna parte de nuestro cuerpo, da inevitablemente lugar a cierto tiempo de respiración y a una determinada movilización energética, ocurriendo en el plano de las sensaciones físicas.
- 2) Nivel emocional: lo reconocemos al preguntarnos ¿Qué emoción me produce sentir esta sensación?, ¿Cómo inciden sobre mi ánimo en este momento? ¿A qué me llevan las emociones?
- 3) Nivel cognitivo: se reconoce al preguntarse ¿Qué me digo al sentir lo que siento?, ¿Cómo traduzco lo que me está pasando? la emoción habrá de llevarnos en un movimiento de acción y no acción, estudiar a la acción o el retraimiento.

Pérez (2014) menciona que las emociones se dan por esquemas de respuestas donde se procesa la información por niveles de habilidad, definiendo estos niveles de habilidad como: la habilidad para percibir con precisión (evaluar y expresar emociones); la habilidad para generar sentimientos (facilita el pensamiento); la habilidad para entender (la atención y el conocimiento emocional), y esos esquemas regulan las emociones para entenderlos, estas habilidades presentan niveles jerárquicos, se inicia por los niveles bajos para llegar a un nivel alto, los cuales se describen a continuación:

- Nivel uno: habilidad de percepción, valoración y expresión de las emociones; identificar, expresar y discriminar la emoción por medio de implicaciones corporales, sentimientos y pensamientos en uno pero también en el otro.
- Nivel dos: habilidad de facilitación y uso de las emociones para guiar el pensamiento; se utiliza en la resolución de problema se relaciona con redirigir la atención, motivación, planificación flexible y el pensamiento crítico.

- Nivel tres: habilidad de comprensión, análisis y utilización de los conocimientos emocionales; la comprensión emocional permite dar significado a la experiencia emocional lo que contribuye al bienestar personal e interpersonal donde es posible etiquetar, interpretar, comprender y reconocer dichas emociones.
- Nivel cuatro: habilidad de regulación de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual; para llegar a este nivel se tuvieron que desarrollar las habilidades anteriores, regular eficientemente una emoción se presupone haberla identificado en los niveles cognitivo, corporal y afectivo donde se toma conciencia de sus implicaciones y comprender su significado buscando regular los sentimientos agradables así como desagradables.

La inteligencia emocional no se puede medir de forma directa, pero se evalúa la aptitud de la persona para realizar distintas tareas y demostrar sus habilidades emocionales incluidas. Los métodos de que se dispone para evaluar la inteligencia emocional son dos: las escalas de autoinformes y los test de habilidad. Entre los diferentes instrumentos disponibles nos centramos en los más utilizados para evaluar la percepción que tienen las personas sobre sus propias habilidades emocionales, más que sus niveles reales de habilidad; es decir, el metaconocimiento que tiene la persona en su estado de ánimo; actualmente conocemos eso como inteligencia emocional percibida, además predice indirectamente reacciones emocionales actuales.

El interés por evaluar la inteligencia emocional surge de la necesidad de explicar cómo se da en el la reflexión consciente o meta – experiencia del estado de ánimo y la emoción. Extremera, Fernández, Mestre y Guil (2004), evalúan la inteligencia emocional en una escala de auto-informe que considera la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones, este método de evaluación se desarrolla mediante el uso de auto – informes en forma de ítems en escala tipo liker con varias opciones de respuestas y requiere la respuesta personal del sujeto.

Pérez (2012), menciona que la escala de autoinforme evalúa tres factores de la inteligencia emocional:

- Atención a las emociones: evalúa si la persona presta atención a sus emociones y se percibe capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.
- Claridad emocional: indica si la persona comprende bien su estado emocional y si es capaz de discriminar.
- Reparación de emociones: evaluar si la persona se considera hábil para reparar correctamente su estado emocional desagradable e implica la capacidad de cambiar esta experiencia emocional por otra más positiva o la de prolongar el estado de ánimo agradable.

Otra forma de evaluar la inteligencia emocional es por medio de cuestionarios que son similares en estructura a la escala pero acentúan diferentes componentes de la inteligencia emocional Extremera y Fernández (2003), expone tres cuestionarios para evaluar la inteligencia emocional:

1. Cuestionario Trait – Meta Mood Scale (TMMS) que se utiliza en el ámbito científico y aplicado, proporciona una estimación personal sobre aspectos reflexivos de nuestra experiencia emocional, la TMMS contiene tres dimensiones claves: atención a los propios sentimientos, claridad emocional y reparación de las propias emociones, el cuestionario TMMS contiene 48 ítems.
2. Cuestionario Oschutte, se divide en cuatro sub factores: 1) percepción emocional, 2) manejo de emociones propias, 3) manejo de las emociones de los demás, y 4) utilización de las emociones.
3. Cuestionario EQ\_i de Bar – on, evalúa las habilidades emocionales y sociales, contiene 133 ítems y está compuesta por cinco factores generales, que se descomponen en un total de 15 subescalas: 1) inteligencia intrapersonal, evalúa las habilidades de autoconciencia-emocional, autoestima personal, asertividad, auto-actualización e independencia; 2)

inteligencia interpersonal, que comprende las sub escalas de empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social; 3) adaptación, que incluye las habilidades de solución de problemas, comprobación de la realidad y flexibilidad; 4) gestión del estrés, compuesta por las sub escalas de tolerancia al estrés y control de impulsos y 5) humor general, integrada por las sub escalas de felicidad y optimismo, además, el inventario incluye 4 indicadores de validez que miden el grado con que los sujetos responden al azar o distorsionan sus respuestas y cuyo objetivo es reducir el efecto de deseabilidad social e incrementar la seguridad de los resultados obtenidos.

Extremera y Fernández (2003), mencionan dos formas más de evaluar la inteligencia emocional, la primera son las medidas dadas en observadores externos, es un instrumento conocido como evaluación de 360°, se solicita la estimación por parte del otro para indicar la capacidad para manejar y comprender las emociones, también evalúa la forma de integrarse al ambiente, resolver conflictos, afrontar el estrés y el aspecto interpersonal, se presenta en un formato tipo Likert.

La segunda se basa en tareas de ejecución: el objetivo de estos instrumentos es evitar fallos con las respuestas por los propios sujetos o por los observadores externos, los instrumentos evalúan si la persona si es hábil o no en un ámbito a través de la comprobación de su habilidad y destreza, en otras palabras la prueba requiere que muestre su propia habilidad, la cual consiste en el conjunto de tareas emocionales, si es capaz de reconocer emociones en cierta expresión facial y la habilidad para resolver conflictos emocionales, dentro de estos instrumento se abarca cuatro áreas emocionales: percepción emocional, asimilación emocional, comprensión emocional y regulación afectiva.

Una persona con un nivel adecuado de inteligencia emocional percibida es aquella que no tiene puntuaciones excesivamente altas o bajas en atención, pero elevadas en claridad y reparación emocional. La única manera de conocer de forma objetiva el nivel de inteligencia emocional en una persona, es con el

desempeño de la tarea en resolución de problemas, poner a prueba la habilidad para lograr una evaluación objetiva de la inteligencia emocional. La tarea emocional, no es susceptible al estado de ánimo actual del sujeto evaluado y no existe menos posibilidad de que la respuesta pueda ser falseada respondiendo a una dimensión más interpersonal de la emoción y relacionada con factores de personalidad (Pérez, 2012).

Es por lo antes descrito que entiendo la importancia de que las personas con discapacidad intelectual tengan niveles adecuados de habilidad emocional, para poder incluirse en contextos sociales y elevar su calidad de vida, lo que en conjunto con adecuados niveles de funcionalidad en la interacción conductual nos lleva a la posibilidad de incluirlos por diversos programas para entenderlos desde diferentes ámbitos.

## **6. PROPUESTA CONDUCTUAL PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES VIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: GUIADA POR UN INSTRUMENTO**

Las personas en su vida diaria se desplazan a diferentes lugares buscando un fin, este puede ser social, económico, laboral, académico, médico o personal, si pensamos en las personas con discapacidad intelectual entendemos no son la excepción se debe buscar una manera de mayor acercamiento a lo que se vive diariamente, este acercamiento se puede realizar a través de entrenamiento de habilidades viales; la manera más eficaz es a través del enfoque conductual por ello hago una propuesta conductual para entrenar a las personas con discapacidad intelectual en la vialidad teniendo como guía un instrumento para desarrollar las habilidades que requerirán.

Esta propuesta se sugiere desde el enfoque conductual, ya que está orientado a la modificación de la conducta y a través de la adquisición de habilidades se puede orientar para el desplazamiento vial, permitiendo a los jóvenes y adultos con discapacidad intelectual integrarse en grupos sociales. Dentro de la propuesta se busca la regulación de conductas adecuadas, las cuales ya están dadas por la sociedad. En una intervención de este tipo pueden participar varios profesionistas como: psicólogos, educadores especiales, pedagogos, enfermeros clínicos, docentes y afines, quienes pueden ser los encargados de impartir el programa; los padres de familia o tutores serían fundamentales porque son los responsables de incorporar a su hijo a un grupo social, buscando en todo momento la regulación del comportamiento adaptativo y son los que deben acercar al sujeto con DI al entrenamiento en el programa vial.

La propuesta estaría dividida en tres fases: Fase A) evaluación para el ingreso al programa de vialidad, Fase B) entrenamiento en el programa vial, y fase C) desvanecimiento de conductas no adaptativas del programa de vialidad.

Objetivo de la propuesta:

Adquirir habilidades para el desplazamiento vial independiente en jóvenes y adultos con discapacidad intelectual de funcionamiento limítrofe, leve o moderado a través de un programa conductual.

Objetivos específicos:

- ✓ Evaluar el nivel conductual y componentes emocionales a través del instrumentó “Evaluación precurrente”.
- ✓ Identificar el nivel de componente emocional a través del instrumento para desarrollar las habilidades de ejecución en la vialidad.

### **6.1 Fase A) Evaluación para el ingreso al programa de vialidad.**

Se realizaran dos tipos de análisis, que de acuerdo con Reyes (2011) son necesarios para un programa conductual: 1) Análisis topográfico, el cual identificara las conductas problemáticas que pudiera manifestar un individuo, y los parámetros como frecuencia, duración e intensidad de las mismas conductas; 2) Análisis funcional, se desarrollarán las posibles variables antecedentes y consecuentes (internas o externas) que controlan una conducta determinada y se establecerán las relaciones entre esas variables y dicha conducta para desarrollar los programas para un individuo o grupo de sujeto, según sea el caso.

Durante la evaluación inicial se realizará un análisis aplicado a los sujetos, por medio de la observación directa de la conducta, ya que explora el comportamiento al momento de realizar la evaluación de los pre requisitos viales. Caballo (1998), menciona que la observación directa debe cubrir cuatro elementos principales: 1)

Objetiva, se hace referencia solamente a las características observables de interés; 2) Valida, debe coincidir con la conducta; 3) Clara, se comprende con facilidad y no presenta ambigüedad es imprescindible que sea descriptiva y se refiera a respuestas concretas; y 4) Completa, incluye los límites en los que la conducta se encierra de modo que se pueda diferenciar de otras conductas afines.

Para la aplicación de la evaluación inicial se requiere los siguientes elementos:

- Espacio: un simulador, espacio de tres metros cúbicos, que cuente con luz, ventilación, puerta con manija, sin ruido y distractores ambientales.
- Mobiliario: mesa, silla, escaleras, botones de timbre.
- Material concreto: escalera, puerta con cerrojo, colores de madera, 35 monedas con diferentes denominaciones y 4 billetes con diferentes denominaciones, botones en una pared, reloj de manecillas, reloj digital, seriación de número hasta el 50, pelota de pilates, ventilador, medio de transporte en escala, señales viales, semáforo
- Material impreso: material de estímulos del Manual de aplicación.

A continuación, se muestra el instrumento para la evaluación de pre requisitos para el desplazamiento vial en personas con discapacidad. Dentro del mismo se encuentran por colores para facilitar los apartados y en el anexo 2 se encuentra el manual de aplicación, así como el resumen de la puntuación.



















## 6. 2 Fase B) Entrenamiento en el programa vial

Se analizarán los datos obtenidos donde los sujetos deberán cubrir como mínimo el 70% de habilidades de la evaluación precurrenente dentro de un ambiente controlado, para incorporarse al programa de entrenamiento en la adquisición de habilidades viales en personas con DI.

Durante el entrenamiento se usará según Garza (2012), es el procedimiento de reforzamiento con las técnicas operantes que el entrenador considere adecuadas para cada caso, es importante destacar que el instrumento funge también como guía para que el entrenador sepa que conductas entrenar ya que está diseñado de manera jerárquica, proceso de aprendizaje (antes, durante o después), en habilidades conductuales y emocionales.

No estamos proponiendo un programa si no un instrumentó que pueda guiar los contenidos de una intervención conductual, se podrán elegir las técnicas de modificación que el entrenador requiera, éstas se aplicarán de acuerdo a la habilidad que se esté aprendido o a la conducta problema que se requiera modificar, es necesario que su aplicación sea de manera individualizada o en grupos igualados (pequeños), lo que funciona con un sujeto no funcionara con otro, aunque tenga las mismas aptitudes cognitivas (Barrio, 1989).

Podemos definir que las técnicas de modificación, modifica, he radica o incrementa la conducta en las cuales existen dos tipos: 1) técnicas para incrementar conductas; y 2) técnicas para decrementar conductas, durante el entrenamiento en habilidades viales para personas con discapacidad intelectual se utilizarán solo algunas y las más representativas, cuidando en todo momento de la aplicación y las necesidades que tenga cada sujeto; son retomadas de Labrador (2008) se enlistan y se presentaran de manera general.

- Moldeado: sirve para construir una conducta que el sujeto no posee, y para ello se parte de la conducta más sencilla hasta llegar al objetivo final, es una técnica para desarrollar las habilidades, se utiliza también la técnica:

- Aproximaciones sucesivas; se divide la habilidad en varios pasos, en cada segmento logrado se reforzará (algo gratificante para el sujeto), hasta complementarla (Labrador, 2008).
  
- Encadenamiento: la conducta compleja puede descomponerse en otras más sencillas que se pueden trabajar por separado, se utilizará el encadenamiento por actividades distintas, se debe tener claro cuáles son las habilidades que se tienen que desarrollar simultáneamente, en este caso la habilidad completa a aprender se compone de varias habilidades que se tiene que ir logrando para llegar a la conducta blanco, dicho de otra manera al término de las habilidades simultáneas. El aprendizaje por encadenamiento se puede llevar acabo de las siguientes maneras:
  - Encadenamiento hacia atrás; construir la cadena conductual empezando por el último eslabón (al que está asociado el refuerzo) la conducta blanco forma un grupo de habilidades, se ordenan en total iniciando de final al inicio, trabajando de atrás hacia delante, al inicio solo se reforzará por cada segmento logrado, al final se ejecutara la habilidad en una sola orden.
  - Encadenamiento hacia delante; el reforzador va asociándose progresivamente con los distintos eslabones de la conducta comenzado por el inicio y terminando por el final, se divide la conducta por habilidades iniciando por el principio, donde se refuerza el primer paso, poco a poco se avanza de un paso a otro hasta que consiga realizar la conducta con éxito.
  
- Desvanecimiento: la conducta se mantiene en ausencia de un apoyo externo y consiste en introducir una ayuda para que el sujeto aprenda la conducta, progresivamente se retira está ayuda hasta lograr que el comportamiento se ha aprendido o consolidado (Labrador, 2008), dicho

procedimiento consta de dos fases: 1) Fase aditiva; al sujeto se le proporciona ayuda hasta emitir la conducta y 2) Fase sustractiva; se retira gradualmente la ayuda hasta que la conducta pueda emitirse sin ayuda de externos.

- Economía de fichas: es la aplicación de un reforzador mediante un sistema de puntos, este reforzador puede ser entregado al sujeto a corto o mediano plazo, los puntos son la representación simbólica del reforzador, esta ficha se conforma de un tablero que se divide entre el número de la habilidad, establecido donde se otorga de acuerdo a un criterio de reforzamiento y al nivel que se encuentra la habilidad, se saca un porcentaje diario de las respuestas correctas y se modificara el tablero cada semana (Garza, 2012).

Dentro del programa de entrenamiento de habilidades viales, tenemos técnicas para decrementar las conductas no sociales o conductas que causan problemas (Barrio, 1989) dichas técnicas se deben aplicar en el momento en el que se da una conducta inadecuada, para el programa de vialidad pueden usar las siguientes:

- Corrección verbal: repetir la instrucción dada a un NO ante puesto, donde el “NO” tiene que ser claro y preciso, cuidando la entonación cuando se da la corrección verbal, se puede utilizar de forma suave o fuerte, es importante respetar las siguientes reglas.
  - Aplicar inmediatamente después de que aparece la conducta inadecuada.
  - Aplicar un tono de voz grave, aun lado la expresión facial seria.
  - No reforzar nunca después de una corrección
  - Respetar la misma instrucción
- Interrupción de la respuesta: consiste en interrumpir la conducta inadecuada no deseada inmediatamente después de su aparición con un

tono de voz distinto, el éxito de esta técnica será la constancia dentro del programa de entrenamiento vial; Garza (2012)

- Saciedad o sobre corrección: es la realización continua y aumentada de la conducta inadecuada, realizar la conducta en repetidas ocasiones con el objetivo de volverlo desagradable para el sujeto, es decir, provocarle cansancio, las reglas para la saciedad o sobre corrección son:
  1. Debe aplicarse inmediatamente después de que se presenta la conducta.
  2. Se debe de establecer en el programa el número de repeticiones
  3. Se debe de explicar la forma en que se dará la sobre corrección detalladamente en la ficha de programación.
  
- Reforzamiento diferencial: existen deferentes formas de aplicar, utilizaremos el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles, reforzar solo una conducta que sea incompatible con las que se quiere eliminar, es un proceso de reforzamiento sistemático de una conducta contraria a la conducta inadecuada que evita que suceda Labrador (2008), en todo momento se busca la erradicación de la conducta inadecuada al aplicar esta técnica debemos tomar en cuenta lo siguiente:
  1. La conducta incompatible debe ser reforzada inmediatamente después que se presenta.
  2. La conducta incompatible debe ser descrita con anterioridad en el programa.
  3. Al seleccionar debe ser una conducta totalmente opuesta a la conducta adecuada.
  4. Funciona muy bien para sustituir una conducta inadecuada por una conducta adecuada.
  
- Desensibilización: se produce una disminución de la respuesta debido a la repetición de la estimulación del reforzamiento, interviniendo mediante el

reforzamiento de aproximaciones, Garza (2012) menciona los elementos que deben tomarse en cuenta para la aplicación:

1. Identificar con anterioridad la conducta problema
  2. Describir específicamente los elementos que componen la conducta
  3. Determinar cuántas veces se llevará a cabo la desensibilización
  4. Funciona muy bien con conductas de miedo, angustia, rechazo, alimento, etc.
- Costo de respuesta: consiste en restarle al sujeto un reforzador positivo de manera contingente al presentarse la conducta inadecuada sin opción a ganárselo posteriormente, Garza (2012).

Dentro del programa de habilidades viales se pueden utilizar dos tipos de registro para contabilizar la habilidad funcional de los sujetos: 1) Registro anecdótico, es una técnica de observación directa es la descripción de un hecho, se llevará en forma escrita y detallada todas las conductas que presenta el sujeto durante un período, esta anotación es periódica y busca facilitar una comprensión de la conducta global del sujeto (Garza, 2012). Para realizar este tipo de registro se debe tener presente ocho elementos:

1. Es una descripción exacta
2. Precisa de un acontecimiento específico
3. Se describe la situación lo suficiente como para darle significado al incidente
4. Si incluye interpretaciones, evaluaciones o recomendaciones;
5. Las interpretaciones se hacen sobre la base de la información que se maneja
6. Se debe describir un acontecimiento que se relaciona con el desarrollo personal del sujeto o sus interacciones sociales
7. Se describe un incidente que es representativo o significativo de la conducta típica del sujeto

8. Se escriben con un estilo literario directo, preciso, no redundante, ni retórico, ni con claves personales.

2) Registro de ocurrencia continua: se contabiliza el número de veces que se dio o no se dio cierta conducta en determinado tiempo. Dentro de este registro se tiene en cuenta la frecuencia en número absolutos o en una tasa o porcentaje final (en un 90% de los días llega tarde al programa), la duración, que son las propiedades temporales que se puede determinar, es el intervalo entre el comienzo y el final de una determinada actividad, la latencia refiriéndose al intervalo entre la presentación de un estímulo y el comienzo de una respuesta, y el intervalo inter-respuesta que son las manifestaciones sucesivas observadas, Garza (2012).

Los casos en discapacidad intelectual son de manera individualizada ya que tienen su propio nivel de habilidad y funcionalidad, para desarrollar el programa de habilidades viales se propone usar cartas descriptivas son organizadas, cada aplicador elaborará en su momento y de acuerdo a sus necesidades nunca perdiendo de vista la jerarquía del número que plantea el instrumento, véase en el anexo 3 y 4, (carta descriptiva para el entrenador cuadro 3 y 4).

A continuación, se presenta el instrumento de evaluación para el programa de entrenamiento en la adquisición de las habilidades viales en personas con discapacidad intelectual.















### **6.3 Fase C) Desvanecimiento de conductas no adaptativas del programa de vialidad**

Cualquier programa puede desarrollar conductas no adaptativas, el programa de entrenamiento vial no queda exento de esto, se correrá el riesgo de que los sujetos tengan un incremento de otras conductas que se podrían reforzar indirectamente por la ejecución del mismo programa, teniendo como consecuencia conductas agresivas, conductas autolesivas, conductas sexuales, conductas oposicionistas, si esto se presenta se aplicará la extinción conocida como procedimiento operante a la reducción o eliminación de conductas socialmente no aceptadas (Ferster y Perrott, 1976) de manera gradual, es un proceso en el que se van eliminando los reforzadores de una conducta inadecuada reforzada anteriormente, se debe ignorar total y constantemente la conducta inadecuada; durante el proceso de extinción hay dos etapas de respuestas.

1. Inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta blanco, esta conducta aumenta o disminuye drásticamente.
  2. Inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta blanco esta aumenta o disminuye sistemáticamente.
- Tiempo Fuera de reforzamiento (Barrio, 1989): sacar a la persona de la situación en la que está obteniendo reforzamiento de manera contingente a la emisión de la conducta que se desea emitir por un periodo de tiempo limitado y específico, la idea de este método es la erradicación de la conducta. Las reglas que se deben aplicar para que funcione:
1. Tiempo de duración, el tiempo fuera se da aproximadamente un minuto por cada año de vida por ejemplo, si el sujeto tiene 18 años son 18 minutos.
  2. Debe ser constante durante el tiempo del entrenamiento.
  3. Se debe cuidar que el espacio donde se realizara el tiempo fuera esté no debe ser gratificante para el sujeto.

4. Cuidar que el lugar designado no presente ningún riesgo para el sujeto.

Para aplicar programas de modificación de la conducta el entrenador debe contar con ciertas habilidades las cuales se enlistan a continuación:

- Tener conocimiento en discapacidad intelectual
- Conocimientos previo en modificación de la conducta
- Congruencia en la programación
- Manejo de tono y volumen de su voz
- Manejo de instrucciones cortas y claras
- Habilidad para registrar
- Conocimiento de rutas viales y medios de transportes
- Intervención en situaciones críticas
- Conocer el riesgo por zona en la comunidad
- Constancia
- Tener un control de sus sentimientos y emociones,
- Habilidad para tener una comunicación con los padres e involucrarlos.

El entrenador realizará las cartas descriptivas mismas que se desarrollarán en el orden establecido con el programa de entrenamiento vial, aplicando las técnicas que ya se mencionaron para lograr el nuevo aprendizaje y las técnicas para decrementar las conductas no apropiadas. El responsable del programa tiene que tener presentes los conflictos a los que se enfrentara al incluir a los discapacitados en la comunidad, donde pueden tener una conducta inadecuada, desequilibrio en las emociones, por tanto es necesario actuar de manera inmediata ante las conductas inadecuadas socialmente.

## CONCLUSIONES

Para poder hablar de inclusión, primero se tiene que comprender el concepto de discapacidad intelectual, y es en ese momento cuando podemos dimensionar las necesidades que tienen las personas como seres humanos con tendencia a la independencia. Esta propuesta de entrenamiento conductual será una prueba específica de que la persona con discapacidad intelectual puede llegar a la vida independiente, la participación del entrenador, la familia, la institución y sobre todo de la comunidad permitirá esta adaptación, mientras más se incluya a la persona que tienen alguna limitación cognitiva más forzaremos de manera indirecta a la población a tener un mayor conocimiento, sensibilidad y educación ante las personas con DI pues tendrá contacto directo con ellas.

La propuesta presentada surge de la participación directa en el trabajo con personas adultas que tienen discapacidad intelectual, incorporadas en una institución que busca la vida independiente. A través de las observaciones directas detecte que no existía un programa de viabilidad para los alumnos con DI, limitándolos en todo momento para la inclusión en la vida diaria; por tanto encuentro cuatro conflictos por los cuales no llegan a la independencia ni generan cultura vial, el primero de ellos se encuentra al realizar alguna actividad en la comunidad lo que representa un conflicto económico ya que esto conlleva gasto doble para las familias, inclusive se cuadruplican dichos gastos al ser acompañados en todo momento, este conflicto se da por no ser independientes al desplazarse, dentro de la propuesta que hago se solucionará este problema al entrenar a la persona para dirigirse de un lugar a otro y el costo económico será solo de ella, así como sucede con cada uno de nosotros que nos dirigimos hacia un destino específico sin compañía.

El segundo conflicto es el tiempo; las familias justifican la inasistencia de sus hijos a diferentes actividades pues no cuentan con el tiempo para desplazarse de un lugar a otro y posteriormente recoger a su hijo del lugar o quedarse con él

en la actividad; en las instituciones que incluyen a las personas con DI se tiene que nombrar alguna persona para dirigir la actividad, implicando el descuido de actividades dentro de las instituciones, este personal es más necesario y funcional estando dentro de la institución y al designar una persona específica para la realización de actividades en la comunidad se descuidan y ponen en riesgo otras cuestiones institucionales, con la propuesta de entrenamiento la propia persona con DI maneja su tiempo sin invadir el tiempo de su familia o de la institución.

Tercer conflicto; la regulación emocional, al intentar incluir a la comunidad a las personas con DI pueden presentar un desequilibrio emocional no logrando la regulación en la ansiedad, el miedo, alegría, tristeza, euforia, el cansancio y todo aquel sentimiento que pueden vivenciar provocando serios conflictos con la persona con DI, entre ellos:

- No logra la identificación del sentimiento de los otros, lo cual trae como consecuencia que no dimensione los riesgos sociales.
- Provoca que no consolidan el aprendizaje, teniendo un mayor impacto en las conductas inadecuadas.
- Limita su vida independiente.
- Limita su calidad de vida,

Por todo lo anterior puedo afirmar que la propuesta, indirectamente trabajará con las emociones de los individuos logrando que regulen sus sentimientos estando incluidos en la comunidad.

Finalmente encontramos el cuarto conflicto, que puede ser el mayor y principal, la propia persona con discapacidad intelectual no cuenta con la destreza de desplazarse en la comunidad lo que conlleva una lista de limitaciones:

- 1) Comportamentalmente presenta una serie de conductas problemáticas como consecuencia de la propia discapacidad y todo lo que ella conlleva, teniendo la frustración que vive al no realizar la actividad que desea

- 2) También, se vuelve agresivo hacia el otro, como parte de la misma frustración y la poca o nula inclusión en situaciones sociales
- 3) Emocionalmente pasa por sentimientos de desagrado, como falta de su limitación al no expresa estos sentimientos y lo pueden llevar a aislarse, llorar sin razón, tener poca motivación ante las actividades propuesta en casa o en alguna institución, miedo por lo que ya no quiere las actividades sugeridas por el medio y depresión por no salir a la comunidad
- 4) Afecta el autoestima, ya que no desarrolla habilidades de autorespeto, autoaceptación, autoevaluación, autoconcepto, autoconocimiento autodeterminación y autorregulación lo que sigue agravando la discapacidad intelectual o bien la mantiene sin conductas positivas
- 5) Socialmente son excluidos de la comunidad ya que no les permiten tener la interacción con lo que conocemos como normalidad
- 6) No logra una toma de decisión afectando principalmente la asertividad
- 7) Al estar afectada la toma decisión no desarrolla el juicio social y el juicio crítico de las situaciones sociales
- 8) Económicamente está limitados al escuchar y vivenciar por parte de la familia que el presupuesto es alto y no alcanza para cubrir los gastos,
- 9) En lo relativo a lo cognitivo no desarrolla habilidades para la vida independiente
- 10) Psicológicamente no lo proyectamos como un sujeto psicosocial siendo vulnerables, además estaríamos a tentando contra sus derechos humanos al despersonalizarlos

La presente integración apoya que la persona con discapacidad intelectual se eduque ante las reglas sociales que se imponen para todos, potencializará su toma de decisión al momento de enfrentarse a los conflictos vividos diariamente, visualizaran los riesgos a los que se exponen todas las personas en su día a día, incorporará conceptos nuevos de lo que se vive en las ciudades, aprenderá a

cuidarse de las personas no apropiadas, desarrollara el juicio social y crítico que se encuentran de una manera no implícita, encontrara mayor seguridad al momento de desplazarse, apoyara los aprendizajes que tiene por adquirir lo que impactara en todas las áreas de su vida en cierto nivel por lo que este programa es una forma de rehabilitación, inclusión para la discapacidad intelectual ya que fomenta habilidades memorísticas, atencionales; pensamiento y percepción.

El interés por proponer un instrumento para lograr el entrenamiento conductual en las personas con DI, para desarrollar habilidades viales se desarrolló al detectar en la literatura revisada no hay una línea clara para saber qué tipo de habilidad se requiere estando en la comunidad, en otras palabras, qué capacidades se tienen que desarrollar y el orden en que se realizan, al momento de salir con la persona con DI. Dentro de la propuesta específicamente, en él instrumento se desarrolló cada proceso de forma jerárquica y separando habilidad por habilidad, al final se engloban éstas como un desplazamiento vial marcándolo por un antes de la habilidad, después de la habilidad y el final de cómo llegar al destino.

Todas las personas necesitamos adaptarnos e incorporarnos a la comunidad, cuando no se tiene las habilidades sociales adecuado la sociedad nos excluye, de la misma forma sucede con las personas con DI, es necesario educar a los sujetos como personas sociales para que logren incluirse a la comunidad, la educación vial les proporciona una serie de herramientas necesarias para incorporarse con éxito a la sociedad lo que ayudaría a su nivel de calidad de vida.

Los aspectos que se verán beneficiados con la propuesta de entrenamiento vial para la persona con discapacidad intelectual son:

1. Calidad de vida
2. Objetivo de vida dentro del núcleo familiar
3. Desarrollar un proyecto de vida (trabajo, salud, roles sociales, grupo de pertenencia, tiempo de ocio, etc.).
4. Independencia

5. Mantienen un alto autoestima
6. Desarrollan las habilidades de inclusión a la comunidad
7. Generalizan las normas sociales
8. Potencializan las conductas positivas
9. La comunidad se beneficia al funcionar todos sus miembros en una participación.
10. Económicamente los gastos reducen

Los beneficios no solo son para las personas con discapacidad intelectual también para la población que convive con ellos ya que gana porque al convivir con estas personas desarrollan tolerancia, igualdad, flexibilidad ante los errores que pueden llegar a tener al momento de la inclusión, además empatía y lo más importante respeto.

El entrenamiento vial estaría potencializando la posibilidad de tener una vida más independiente al lograr que los sujetos con DI trabajen o apoyen en casa al poder desplazarse eficientemente.

Las dificultades a las que se pueden enfrentar el presente estudio, son el tiempo que puede tardar un sujeto en adquirir una habilidad vial y posteriormente tener cubierta una ruta, la dependencia emocional probable de los familiares que pueden sobre proteger a la persona con DI no permitiéndole experimentar por ellos mismo una aproximación a la normalidad y la cantidad de sujetos a los que pueden atender cada facilitador ya que serían más provechoso si es más de uno.

Futuros proyectos: diseñar una intervención acorde al desarrollo de cada etapa del desarrollo para potencializar la posibilidad de tener una vida independiente, es importante contar con varias posibilidades para incluir a las personas con discapacidad intelectual a la sociedad.

## REFERENCIAS

- Acción Innovadora ASC (2010). *Concurso Nacional de prácticas de las organizaciones de la sociedad civil. Investigación y Tesis sobre discapacidad, saltando fronteras, la transferencia de la educación*. México.
- Aguirre, E., Arciniega, L., Buenrostro, L., Galván, C., Márquez, M., Pérez, V. y Zanabria, M. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34 (5), pp 443 – 449. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221288008>
- Agut, S. y Grau, R. (2001). Una aproximación psicosocial al estudio de las competencias. Recuperado en [file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-UnaAproximacionPsicosocialAlEstudioDeLasCompetenci209924%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-UnaAproximacionPsicosocialAlEstudioDeLasCompetenci209924%20(1).pdf)
- Alarcón, M., Alvarado, I., Cansino, P., Duhart, M., González, M., Huitrón, B., Ortega, P., Plancarte, P., Romano H., Sánchez, G. y Valera, M. (2012). Cap. 1 Hacia un trabajo multidisciplinario en la educación especial y Cap. 3 La participación de diferentes disciplinas en el servicio de educación especial (1 – 53). *Educación especial, formación multidisciplinaria e interdisciplinaria*. Los reyes Iztacala: UNAM.
- Alonso, I. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 14(3), 255 – 276.
- Antequera, M., Bachiller, B., Calderón, M., Cruz, A., Cruz, P., García, F., Luna, M., Montero, F., Orellana, F. y Ortega, R. (2010). Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual. Andalucía: Consejería de educación.
- Antoni, M. y Zentner, J. (2014). *Las cuatro emociones básicas*. Barcelona: Herder.
- Antoni, M., Casarella, J., Duacostella, C., Filidoro, N., Short, A. y Tallis J. (2010). *Sexualidad y Discapacidad*. Buenos Aires: Dávila.

- Anuario, (2011). Secretaria de transporte y vialidad SETRAVI. Recuperado <file:///C:/Users/Adriana/Documents/escuela/Anuario2011.pdf> 2011.
- Arancibia, V., Herrera P. y Strasser K. (2013). *Teorías psicológicas aplicadas a la educación*. Teoría conductuales del aprendizaje. Manual de psicología educacional. Recuperado en <http://galeon.com/nada/parte2.pdf>.
- Arenaza, A., Núñez, B. y Pantoja, L. (2012). *¿Qué necesitan las familias de personas con discapacidad intelectual? Investigación, reflexión y propuesta*. Buenos Aires: Lugar.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35, 161 – 161.
- Arias, B., Navas, P y Verdugo, M. (2008). *DABS. Escala de diagnóstico de conducta adaptativa. Adaptación, desarrollo e intervención española*. España: Manuscrito en preparación.
- Arranz, P. (2002). Cap. 7. Probabilidades de acceso al mundo laboral. Acceso a la vida adulta independiente y cap. 8. Acceso a la vida adulta independiente. *Niños y jóvenes con síndrome de Down* (165 – 195). España: Egido.
- Arroyave, M. y Freyle, M. (2009). La autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual. *Revista innovar de ciencias administrativas y sociales*, 19 pp 53- 64.
- Artaza, C., Cruz, M., Flores, N., Jenaro, C. y Vega, V. (2011). Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los proveedores de servicios. *Univ. Psychol*, 12 (3), pp. 923-932.
- Ateo, A., Azhar, A., González, D., Moreno, M. y Shalock, R. (2008) *¿Son o se hacen? El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples*. México: Noveduc.
- Ávila, G. y Torices, I. (2006). Cap. 2 y 3. *Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad*. (42 – 70). México: Trillas.

- Baker, B. y Brightman, A. (2002). *Pasos hacia una vida independiente. Enseñando habilidades cotidianas a niños con necesidades especiales*. México: Manuel Moderno.
- Barrio, V. (1989). *The Me Book. Ivar Lovaas*. Madrid: Uned. Recuperado <https://psicodiagnosis.es/downloads/librolovaas.pdf>.
- Bechara, A. (2013). *Familia y discapacidad*. México: Logos colección.
- Bedoya, Á., Córdoba, L., Mora, A. y Verdugo, M. (2007). Familias de Adultos con discapacidad intelectual en Cali, Colombia, desde el modelo de Calidad de Vida. *PSYKHE*, 16 (2), pp 29-42.
- Berrezo, P., Gracia, J. y Pérez, J. (2005). *Discapacidad intelectual. Desarrollo, comunicación e intervención*. Madrid: Cepe.
- Bermejo, L., Canal, R., Castillo, T., Fernández, S., Leturia, F., Martín, S., López, M., Planella, J., Tamarit, J. y Verdugo, M. (2011). Cap. 2. *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. (15 – 22). Madrid: Doc.
- Bravo, Y., Cairo, V., Carlos, A., Gutiérrez, M. y Suárez, J. (2009). Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 35, (3). Recuperado en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0138600x200900030004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138600x200900030004)
- Brechara, A. (2013). *Familia y discapacidad*. México: Logos Colección.
- Brogna, P. (2014). *Adulthood, trabajo y discapacidad, el trabajo de crecer*. México: trillas.
- Caballo, V. (1998). Cap. 4. Procedimientos clínicos de la formulación por procesos. *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2: formación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. (pp 44 – 72). España: Siglo veintiuno.

- Caricote, E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Revista Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 16 (2), pp 53-57. Recuperado en <http://www.redalyc.org/html/3759/375939019013/>
- Castejón, J. y Navas, L. (2009). Cap. 2 Adolescencia y cap. 3 Desarrollo social. *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones para la enseñanza en la educación secundaria* (pp 200 – 249) San Vicente: Club Universal.
- Castro, M., Merino, J. y Sanhueza, M. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 17 – 21. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441791004.pdf>
- Castro, V. y Ruiz, M. (2007). Envejecimiento y discapacidad intelectual; la nueva etapa. *Revista de Psicología*, 1 (2), 43-56.
- Cerrillo, R. y De Miguel, S. (2010). *Formación para la inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Pirámide.
- Cobas, M., Zacca, E., Morales, F., Icart, E., Jordán, A. y Valdés M. (2010) Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 306-316.
- Cruz, M., Flores, N., Jenaro, C., Lerdo, A. y Vega, V. (2012). Necesidades de apoyos de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile, desde la perspectiva de los proveedores de servicios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (1), pp 137-145
- Cuen, M., Rivera, E., Valerie, L. y Solano, E. (2009). Consejo Nacional para prevenir la discriminación. Estudio sobre discriminación y discapacidad mental e intelectual. Recuperado en [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E06-2009.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E06-2009.pdf)
- Cuesta, J. (2009). Cap. 2. Trastorno del espectro autista y calidad de vida. *Guía de indicadores para evaluar organizaciones y servicios* (29- 70). Madrid: la muralla.

- Damián, M. y Muria, I. (2008). Desarrollo de las habilidades del pensamiento en los diferentes niveles educativos. *Revista de psicología Iztacala*, 11(1), pp 141 – 151.
- Danvila, I. y Sastre, M. (2010). Inteligencia emocional: una revisión de conceptos y líneas de investigación. *Cuadernos de estudios empresariales*, 20, 107 – 126. Recuperado en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CESE/article/viewFile/38963/37595>
- De la Torre, J. y Pérez, J. (2006). *Diagnóstico de prenatal y discapacidad*. Madrid: Dilemos.
- Díaz. E. (2009). Reflexiones Epistemológicas para una Sociología de la Discapacidad. *En Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 3(2), 86- 99.
- Empresa incluyente del Consejo Nacional para prevenir la discriminación (2005). Guía para emprendedores interesados en la inserción laboral de personas con discapacidad. México. Recuperado en [www.conapred.org.mx/documentos\\_cedecESXX0002](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedecESXX0002)
- Esterkind, A., Hormigo, A. y Tallis, J. (2006). Cap. 7 retraso mental por desvanecimiento socio – cultural. *Retardo mental en niños y adolescentes. Aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos*. (pp 113 – 127). México: Noveduc.
- Extremera, N., Fernández, P., Mestre, J. y Guil R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2), 209 – 228. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536203.pdf>.
- Extremera, N, y Fernández, P. (2003). La inteligencia emocional: métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana*, 01 – 12. Recuperado en <file:///C:/Users/PC/Downloads/465Extremera.pdf>.
- Fernández, M. (2012). Cap. 1 Sujeto, situaciones, capacidades, funciones (7 – 20). *Diversidad Intelectual*. Madrid: Síntesis.
- Ferster, M. y Perrott C. (1976). *Principios de la conducta*. México: trillas.

- Filumeno, A. (2010). Cap. 11 El niño de los siete años a los doce años, cap. 12 A las puertas de la adolescencia, cap. 13 Problemas particulares. *Del niño al adolescente, psicodesarrollo desde su nacimiento hasta la adolescencia*, (pp 217 – 241). Barcelona: PPV.
- Flores, J. (2015). Discapacidad intelectual y Neurociencia. *Revista Síndrome de Down*, 1 (32), 1- 13.
- Fuentes, M., Molina, T., Molina, R., Lobos, L., Luengo, M. y Toledo, V. (2000). Adolescentes discapacitados: talleres de afectividad y sexualidad. *Revista scielito chile*, 71 (1), pp 24 - 31.
- García, C. y Sarabia, A. (2010). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Recuperado en:  
<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>
- Garza, M. (2012). *Terapia de la modificación de la conducta. Asesoría a terapeutas, curso basado en el método del Dr. O. Ivar Loovas*. Centro terapéutico Interdisciplinario.
- González, D y Lemuño, L. (2006). Enfermedades raras en pediatría. *Revista scielito*, 31 (2), pp 21- 29. Recuperado en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272008000400003&script=sciabstract>
- González, R. y Gonzalo, S. (2014). Cap. 4 y 5. *Sexualidad y discapacidad psíquica*. (91 – 124). Madrid: Síntesis.
- Godoy, P., González, S., Ubilla, V. y Zillianil, M. (2007). Necesidades educativas especiales asociadas al retraso del desarrollo y discapacidad intelectual. Chile: Ministerio de Educación.
- Guerra, A. y Portada, M. (2013). Cap. 7 limitaciones en la movilidad y habilidades de la vida cotidiana. *Familia, escuela y limitaciones en la movilidad. Líneas de investigación y estadios de caos*. (219 – 240). Colombia: Edifoma.

- Gutiérrez, B. (2010). *Habilidades socio-sexuales en personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Pirámide.
- Hernández, E. y Montes, M. (2011). *Las familias con personas con discapacidad intelectual un reto de la autonomía y de la independencia. XII congreso internacional de teoría de la educación*. Barcelona: Universidad.
- Inquilla, J. (2015) Discapacidad, pobreza y desigualdad social en puno: un tema multidimensional y multifactorial desde la perspectiva sociológica. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 6(1), 28-38.
- Instituto Nacional de Estadísticas Geográficas e Informática (2002). *Clasificación de tipos de discapacidad – Histórica INEGI*. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectos/metodologicos/clasificadores/catalogos/doc/clasificacion\\_de\\_tipo\\_de\\_discapacidad.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectos/metodologicos/clasificadores/catalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf)
- Jaume, A. (2011). Adaptabilidad y funcionalidad: una teoría acerca de las funciones biológicas. *Ludus Vitalis*, 19(35), 97 – 112. Recuperado en [https://proyectosocio.ucv.es/wp-content/uploads/2014/05/35\\_05\\_jaume.pdf](https://proyectosocio.ucv.es/wp-content/uploads/2014/05/35_05_jaume.pdf)
- Jurado, P. (1993). Cap. 2 Integración sociolaboral de los RML e IL. *Integración social – laboral y educación especial*, (73 – 186). Barcelona: PPV.
- Katz, G., Lazcano, E. y Rangel, G. (2010). *Discapacidad intelectual*. México: McGraw Hill.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de la modificación de la conducta*. Madrid: Pirámides
- Liesa, M. y Vived, E. (2010). Discapacidad, edad adulta y vida independiente. Un estudio de caso. *Educación y Diversidad*, 4(2), 101 – 124.
- Lizasoán, O. y Onieva, C. (2010). Un Estudio sobre la Fratría ante la Discapacidad Intelectual. *Psychosocial Intervention*, 19(1), 89-99.
- Lobera, J. y Valdespino, L. (2010) *Discapacidad intelectual: Guía didáctica para la inclusión educativa en educación inicial y básica*. México: CONAFE.

- Logos, J. (2011). Conducta adaptativa y discapacidad intelectual: 50 años de historia y su incipiente desarrollo en la educación en Chile. *Estudios pedagógicos*, 37(2), 345- 361.
- López, P. (2002). Actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado. Recuperado en [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20847/patri\\_lopez.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20847/patri_lopez.pdf)
- Macotela, S. y Romay, M. (2015). *Inventario de habilidades básicas. Un modelo diagnóstico – prescriptivo para el manejo de problemas al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.
- Marques, S. y Sixto, J. (2017). Tendencias teóricas en la conceptualización de las habilidades: aplicación en la didáctica de la oftalmología. *Ciencias Médicas*, 21(3), 61 – 94. Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942017000300020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942017000300020)
- Martin, G. y Pear, J. (2008). Cap. 29. Breve perspectiva histórica. Modificación de la conducta. Que es y cómo se aplica., (417 – 426). Madrid: Pearson.
- Martínez, V., Muñoa, J. y Sañudo, B. (2012). Cap. 1. *Actividad física en poblaciones especiales salud y calidad de vida*, (9 – 38). Sevilla: Wanceulen Deportiva.
- Mendoza, L. y Ramírez, M. (2000). *Manuela de capacitación de las personas con discapacidad para una vida más independiente*. México: Comisa.
- Montero, D. (2005). La conducta adaptativa en el panorama científico y profesional actual. *Intervención Psicosocial*, 14(3), 277- 293.
- Muntaner, J. (2010). Cap. 1 y 2. *Escuela y discapacidad intelectual. Propuesta para trabajar en el aula ordinaria*, (pp 15 – 49). Colombia: Mad S. L.
- Morris, R. y Burton, B. (1989). Cap. 2 El uso de la información evaluativa para tomar decisiones sobre los alumnos de escuelas especiales. *Educación especial, investigación y tendencias*, (pp 1 -13). Buenos Aires: Paramerica.

- Narnone, G. (2015). Capítulo 2 y 3. *Ayudar a los padres a ayudar a los hijos. Problemas y soluciones para el ciclo de la vida*, (pp 49- 83). Barcelona: Herder.
- Nava, E. (2009). La vida afectiva: motivación, sentimientos y emociones. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*. Federación de enseñanza CC.OO. Recuperado en:  
file:///C:/Users/PC/Downloads/11%20Espigares%20Navarro%202009%20La%20vida%20afectiva%3B%20motivaci%C3%B3n,%20sentimientos%20y%20emoci%C3%B3n%20.pdf.
- Navas, P; Verdugo, M.A.; Gómez, L.E (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 143-152.
- Nuñez, B. (2010). El niño con discapacidad intelectual. Buenos Aires: lugar.
- Pérez, N. (2012). Cap. 3 Las emociones y cap. 4 La inteligencia emocional: una guía para el trabajo con las emociones en psicoterapia. *Terapia basada en la inteligencia emocional. Manual de tratamiento*, (pp37 – 87). España: Milenio. España.
- Puecshel, S. (2002). Cap. 18 El hogar y la comunidad como fuente de desarrollo social, cap. 19 Actividades de ocio y tiempo libre. *Síndrome de Down, hacia un futuro mejor*, (pp193-211). México: Salvat.
- Reyes, S. (2011). Programa de modificación de la conducta. Psicología del aprendizaje. Recuperado <https://es.slideshare.net/susanareyes/programa-de-modificacin-conductual-psicopedagoga>.
- Rodríguez, A., Sánchez, M., y Verdugo, M. (2009). Familias y personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento la doble dependencia. Madrid: Síntesis.
- Sanz, M. (2014). Cap. 2. *Terapia grupal: manual para la acción*, (pp 69 – 80). Madrid: grupo 5.

- Schalock, R. y Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *En revista española sobre discapacidad intelectual*, 38, 1 - 18. Recuperado en <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10366/articulos2.pdf>
- SEP. (2012). Programa de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa, manual. Recuperado en [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2012/Datos\\_pfeeie\\_2012.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2012/Datos_pfeeie_2012.pdf).
- Shorm, M. (2003). La capacidad en la discapacidad, sordera discapacidad intelectual, sexualidad y autismo. Concepciones psicológicas. Buenos Aires: Lugar.
- Shorn, M. (2013). *Vínculos y discapacidad. Al encuentro de personas con déficit sus padres y adolescentes*. Argentina: Lugar.
- Sigman, M. (2000). Cap. 2 La regulación fisiológica, la percepción y la cognición en los primeros años. *Niños y niñas autistas*. (pp 32 – 53). California: Lisa CAPPs.
- Simarro, L. (2013). Cap. 1 Una visión de la educación y cap. 13 desarrollo personal. *Calidad de vida en las personas con autismo*, (13- 21 y 279 – 311). España: Síntesis.
- Solano, D. (2007). *Guía para la evaluación de la funcionalidad a personas con discapacidad participantes en formación profesional del INA*. Recuperado en: [http://www.ina.ac.cr/biblioteca/biblioteca\\_central/evalfunc.pdf](http://www.ina.ac.cr/biblioteca/biblioteca_central/evalfunc.pdf)
- Stassen, K. (2007). *Psicología del desarrollo adultez y vejez*. New York: Panamericana.
- Trejo, M. (2017). Inteligencia emocional. Marco teórico investigación. Recuperado en <http://www.redem.org/boletin/files/Marta%20Teijido%20%20%20inteligencia%20emocional.pdf>
- Varas, J. (2010). Adolescentes con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. *Revista obstet. Ginecol*, 5 (2), pp 139 – 144.

- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002. *Siglo Cero*, 34 (1), pp 5-20.
- Victoria, J. (2013). El modelo social de discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Revista Scielo*, 46 (138), pp 1093- 1109.
- Villa, A. (2002). Cap. 1 Retraso mental y calidad de vida. *Calidad de vida y retraso mental*, (23 – 75). España: Mensajeros.
- Villa, M. y Zardel, J. (2000). Cap. 1 La reconstrucción histórica de la educación especial en México. *Sujeto, educación especial integración: historia problemas y perspectivas*, (100- 122). México. Dgapo.
- Visconti, F. (2014). La orientación vocacional en jóvenes con discapacidad intelectual, un aporte desde la psicopedagogía. Recuperado en. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC117464.pdf>

## ANEXOS

Anexo 1  
Cuadro 1

*Síntesis de la evaluación precurrenente al desplazamiento para el entrenador.*

Repertorios de evaluación en el programa conductual		
CONDUCTA	AREAS CONDUCTUALES	DESARROLLO COGNITIVO DONDE SE EVALUA
Conducta adaptativa: estas conductas son iniciales para la adquisición de conductas más complejas	Atención Imitación Motora Seguimiento de instrucciones	Funcionamiento ejecutivo
Habilidades sociales y adaptativas: es la integración con el ambiente	Conducta motora gruesa Conducta motora fina Imitación vocal Articulación	Motricidad gruesa - Lateralidad Motricidad fina Lenguaje
Habilidades académicas: precurrenentes para la conducta académica.	Discriminación de colores Lectura - escritura Esperar turno	Adaptativa - Matemáticas - Clasificación - Identificación - Discriminación Social - Sexualidad
Habilidades emocionales: percepción de las emociones.	Discriminación de emociones básicas: alegría, enojo, tristeza, miedo.	Emocional - Percepción - Asimilación - Comprensión - Regulación
Conductas problemáticas: conocidas como conductas disruptivas que interfieren con el proceso de socialización	Conductas que interfieren con el aprendizaje Conductas que interfieren con las habilidades ya aprendidas Conductas que crean desorden en el medio ambiente y conductas auto lesivas o de agresión	Nivel de funcionalidad Nivel emocional

Anexo 2  
*EPAP - VIAL*

# **EPAP - VIAL**

**EPAP - VIAL**

**EVALUACIÓN PRECURRENTE AL PROGRAMA DE  
DESPLAZAMIENTO VIAL PARA PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**MANUAL**

**Manual de aplicación**

	Año	Mes	Día
Fecha de inicio			
Fecha de termino			
Fecha de nacimiento			
Edad			

Nombre: \_\_\_\_\_

<b>RESUMEN DE PUNTUACIÓN</b>			
	Nivel de habilidad	Nivel de funcionalidad	Nivel de comportamiento emocional
Motricidad gruesa			
Motricidad fina			
Adaptabilidad			
Lenguaje			
Social			
Emocional			
Suma de puntuación escalar			
Suma total de áreas			
Puntuación máxima 504 - 337	Integración al programa de vialidad		
Puntuación mínima 336 - 169	Integración al programa con adaptación curricular.		
Puntuación critica 168 – 0	No se integra al programa de vialidad.		

Nombre del aplicador \_\_\_\_\_

## Manual de aplicación

	Año	Mes	Día
Fecha de inicio			
Fecha de termino			
Fecha de nacimiento			
Edad			

Nombre: \_\_\_\_\_

### MOTRICIDAD GRUESA

RESUMEN DE PUNTUACIÓN			
	Nivel de habilidad	Nivel de funcionalidad	Nivel de comportamiento emocional
<b>Motricidad gruesa</b>			
Lateralidad			
Suma de puntuación escalar			
Puntuación máxima 93 – 63		Integración al programa en el área de motricidad gruesa y sub- área de lateralidad.	
Puntuación mínima 62 – 32		Integración al programa con la adaptación curricular en el área de motricidad gruesa y sub-área de lateralidad.	
Puntuación critica 31 – 0		No se integra al programa en el área de motricidad gruesa y sub- área de lateralidad.	

Nombre del aplicador \_\_\_\_\_





## Manual de aplicación

	Año	Mes	Día
Fecha de inicio			
Fecha de termino			
Fecha de nacimiento			
Edad			

Nombre: \_\_\_\_\_

### **MOTRICIDAD FINA**

<b>RESUMEN DE PUNTUACIÓN</b>			
	Nivel de habilidad	Nivel de funcionalidad	Nivel de comportamiento emocional
<b>Motricidad fina</b>			
Puntuación máxima 24 - 17		Integración al programa en el área de motricidad fina.	
Puntuación mínima 16 - 9		Integración al programa con la adaptación curricular en el área de motricidad fina.	
Puntuación crítica 8 - 0		No se integra al programa en el área de motricidad fina.	

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_



**Manual de aplicación**

	Año	Mes	Día
Fecha de inicio			
Fecha de termino			
Fecha de nacimiento			
Edad			

Nombre: \_\_\_\_\_

**ADAPTABILIDAD**

<b>RESUMEN DE PuntuACIÓN</b>			
	Nivel de habilidad	Nivel de funcionalidad	Nivel de comportamiento emocional
<b>Adaptabilidad</b>			
Matemáticas			
Clasificación			
Identificación			
Discriminación			
Suma de puntuación escalar			
Puntuación máxima 153 - 103	Integración al programa en el área de adaptabilidad y sub- áreas de matemáticas, clasificación, identificación y discriminación.		
Puntuación mínima 102 - 52	Integración al programa con la adaptación curricular en el área de adaptabilidad y sub- áreas de matemáticas, clasificación, identificación, y discriminación.		
Puntuación crítica 51 - 0	No se integra al programa en el área de adaptabilidad y sub- áreas de matemáticas, clasificación, identificación y discriminación.		

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_







**Manual de aplicación**

	Año	Mes	Día
Fecha de inicio			
Fecha de termino			
Fecha de nacimiento			
Edad			

Nombre: \_\_\_\_\_

**LENGUAJE**

<b>RESUMEN DE PuntuACIÓN</b>			
	Nivel de habilidad	Nivel de funcionalidad	Nivel de comportamiento emocional
<b>Lenguaje</b>			
Funcionamiento ejecutivo			
Suma de puntuación escalar			
Puntuación máxima 60 - 41		Integración al programa en el área de lenguaje y sub- área de funcionamiento ejecutivo.	
Puntuación mínima 40 - 21		Integración al programa con la adaptación curricular en el área de lenguaje y sub-área de funcionamiento ejecutivo.	
Puntuación crítica 20 - 0		No se integra al programa en el área de lenguaje y funcionamiento ejecutivo.	

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_





## Manual de aplicación

	Año	Mes	Día
Fecha de inicio			
Fecha de termino			
Fecha de nacimiento			
Edad			

Nombre: \_\_\_\_\_

### SOCIAL

<b>RESUMEN DE PUNTUACIÓN</b>			
	Nivel de habilidad	Nivel de funcionalidad	Nivel de comportamiento emocional
<b>Social</b>			
Sexualidad			
Suma de puntuación escalar			
Puntuación máxima 84 - 57	Integración al programa en el área social y sub- área de sexualidad		
Puntuación mínima 56 - 29	Integración al programa con la adaptación curricular en el área y sub- área de sexualidad.		
Puntuación critica 28 - 0	No se integra al programa en el área social y sub- área de sexualidad.		

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_





**Manual de aplicación**

	Año	Mes	Día
Fecha de inicio			
Fecha de termino			
Fecha de nacimiento			
Edad			

Nombre: \_\_\_\_\_

**EMOCIONAL**

<b>RESUMEN DE PUNTUACIÓN</b>			
	Nivel de habilidad	Nivel de funcionalidad	Nivel de comportamiento emocional
<b>Emocional</b> Percepción emocional			
Asimilación emocional			
Comprensión emocional			
Regulación emocional			
Suma de puntuación escalar			
Puntuación máxima 90 - 61		Integración al programa en el área de emocional y sub-áreas de matemáticas, clasificación, identificación y percepción, asimilación, comprensión y regulación.	
Puntuación mínima 60 - 31		Integración al programa con la adaptación curricular en el área de emocional y sub-áreas de percepción, asimilación, comprensión y regulación.	
Puntuación crítica 30 - 0		No se integra al programa en el área emocional y sub-áreas de percepción, asimilación, comprensión y regulación.	

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_





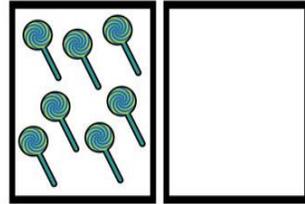
**EVALUACIÓN PRECURRENTE AL PROGRAMA DE  
DESPLAZAMIENTO VIAL PARA PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**ESTÍMULOS**

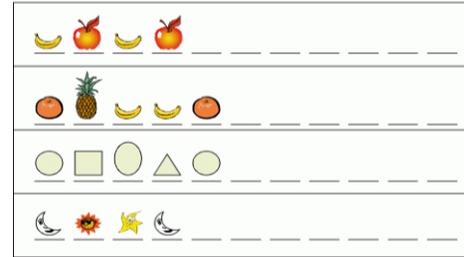
## MATEMÁTICAS

11.- Usa cuantificadores (muchos, pocos, nada, todo)

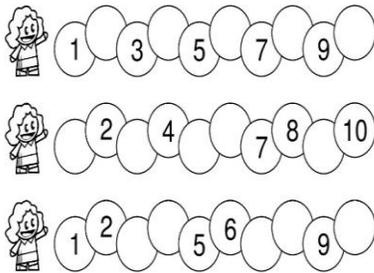
TODO - NADA



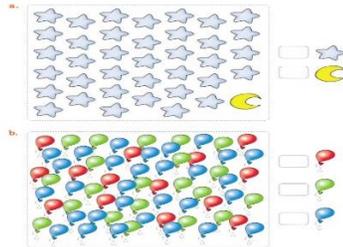
12.- Desarrolla una seriación de imágenes



13.- Desarrolla una seriación de números



14.- Tiene noción de cantidad del 0 al 50

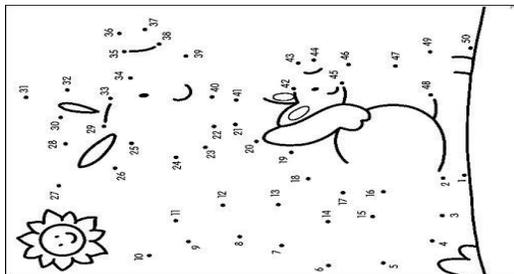


15.- Usa secuencia de números del 0 al 50

Contemos hasta el 50.  
Completar en la tabla los números que faltan

1	2	3		5	6	7		9	10
11	12		14	15	16	17	18		20
21		23	24	25		27	28	29	
31	32		34	35	36		38	39	40
41	42		44	45	46	47		49	50

16.- Usa mecánicamente los números del 0 al 50



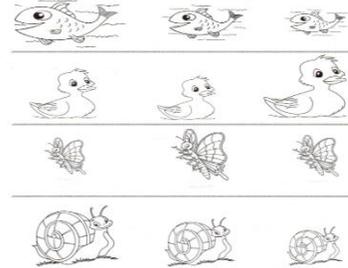
17.- Efectúa sumas de hasta a 50

ROJO 25 + 36	VERDE 32 + 49	MARRÓN 47 + 18	CELESTE 18 + 26	ROSA 29 + 13
NEGRO 38 + 24	BLANCO 27 + 27			
AMARILLO 38 + 38	AZUL MARINO 14 + 9			
NARANJA 25 + 25				

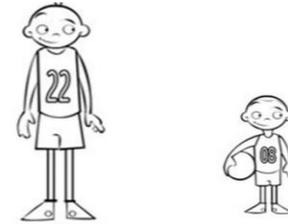
18.- Efectúa restas de menos de 50

$\begin{array}{r} 43 \\ -14 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 50 \\ -43 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 52 \\ -44 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 54 \\ -29 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 54 \\ -7 \\ \hline \square\square \end{array}$
$\begin{array}{r} 52 \\ -33 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 41 \\ -29 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 51 \\ -13 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 53 \\ -22 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 52 \\ -4 \\ \hline \square\square \end{array}$
$\begin{array}{r} 54 \\ -47 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 34 \\ -25 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 24 \\ -16 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 41 \\ -33 \\ \hline \square\square \end{array}$	$\begin{array}{r} 64 \\ -9 \\ \hline \square\square \end{array}$

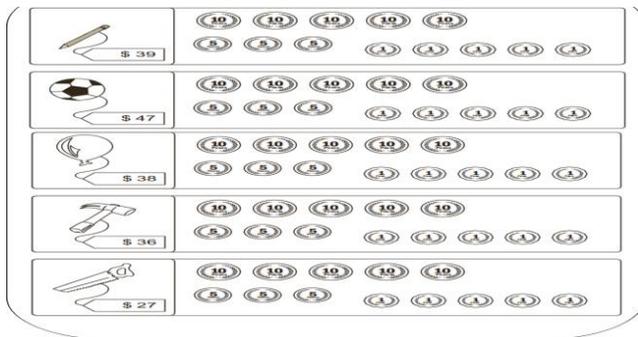
19.- Muestra la relación asimétrica entre chico, mediano y grande



20.- Muestra la relación asimétrica entre alto y bajo



21.- Reconoce el número de valor (de peso y cantidad)



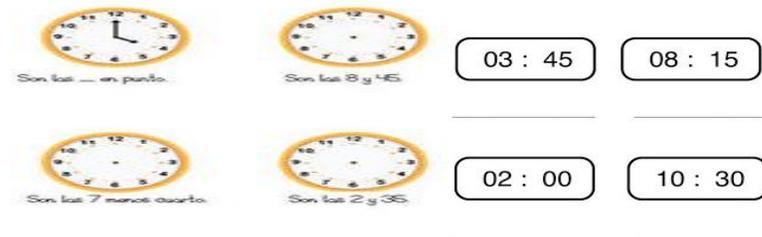
22.- Compara las monedas de \$.50, \$1, \$2, \$5, \$10 pesos



23.- Compara billetes de \$20, \$50 y \$100 pesos

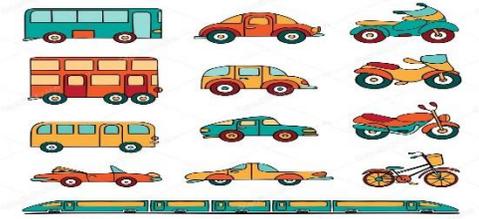


24.- Identifica la hora en cualquier tipo de reloj



## CLASIFICACIÓN

25.- Clasifica objetos por sus semejanzas (transportes terrestres)



26.- Clasifica objetos por su detalle (sendero, calle, avenida y avenida principal)



27.- Clasifica objetos por su propiedad intencional (me gusta- no me gusta, se toca – no se toca, suena –no suena).

**Lo que me gusta y no me gusta**



**Lo que se toca y no se toca**



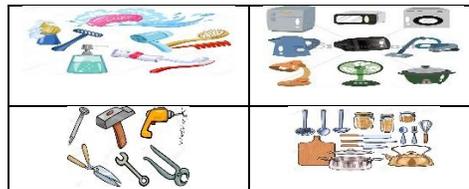
**Lo que suena y no suena**



28.- Clasifica elementos por su uso (medios de transporte)



29.- Clasifica elementos por su funcionamiento



30.- Clasifica temporalidad (mañana, tarde y noche)



## IDENTIFICACIÓN

31.- Identifica imágenes



32.- Identifica la credencial de elector



33.- Identifica una credencial de alguna institución educativa



34.- Identifica una credencial para personas con discapacidad



35.- Anticipa riesgos en imagen a corta distancia



36.- Anticipa riesgos en forma real a corta distancia



37.- Anticipa riesgos en imagen a larga distancia



38.- Anticipa riesgos en forma real a larga distancia



## DISCRIMINACIÓN

39.- Discrimina símbolos en imagen de alto – siga



40.- Discrimina símbolos en forma real de alto – siga



41.- Discrimina en imagen las señales de tránsito preventivas y restrictivas.



44.- Distingue un peatón por imagen



46.- Distingue un ciclista por imagen



48.- Distingue un motociclista por imagen



50.- Describe que es un automovilista por imagen



45.- Distingue un peatón en real



47.- Distingue un ciclista en real



49.- Distingue un motociclista en real

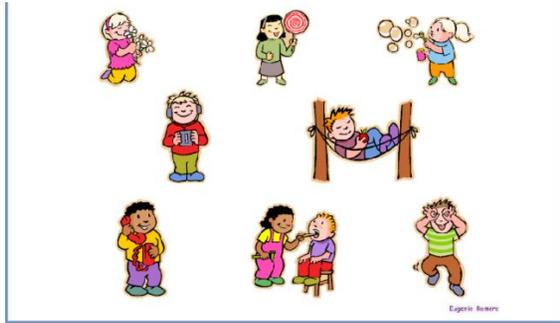


51.- Describe que es un automovilista en real



## LENGUAJE

### 1.- Explica imágenes



### 2.- Repite oraciones

1. La rana se rie.
2. Me regaló un ramo.
3. La rosa es roja.
4. El carrusel me da risa.
5. El remo esta roto.
6. Rita revisa la tarea.
7. Yo repaso un rato.
8. Rico tiene una roca.
9. El rubí es rosado.
10. Ramiro mira el rebaño.

### 3.- Contesta preguntas

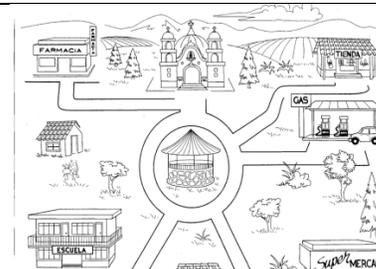
- ¿Qué harías si tus padres no estuvieran en casa y alguien intentara abrir la puerta?
- ¿Aceptarías una golosina de un extraño?
- ¿Qué harías si de un enchufe saliera humo y no hubiera nadie más en casa?
- Un adulto extraño te pide ayuda, ¿deberías atenderlo?
- ¿Cómo debes actuar si te ataca una manada de perros?
- Acabas de conocer a alguien de tu misma edad, ¿deberías ir a su casa si te invita?

### 4.- Realiza lectura lineal

#### Las tareas de Noa.

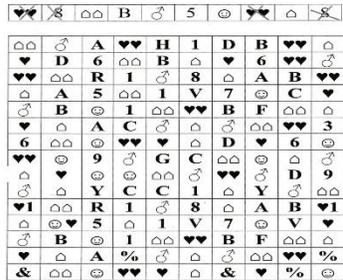
Noa es una niña muy independiente, todas las mañanas se pone su uniforme, se peina y se coloca los zapatos para ir a la escuela. También prepara su merienda y el biberón de su hermano Hugo. Ayuda a mamá ha hacer las camas y recoge su cuarto antes de salir para el cole. A ella le gusta ayudar y cuidar de su hermano pequeño.

- 5.- Visualmente menciona como llegar a un destino que se le indica
- 6.- Visualmente menciona una ruta para llegar a un destino
- 7.- Visualmente menciona como llegar a un destino y el regreso.
- 8.- Verbaliza un croquis



## FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO

### 10.- Focaliza un punto visualmente

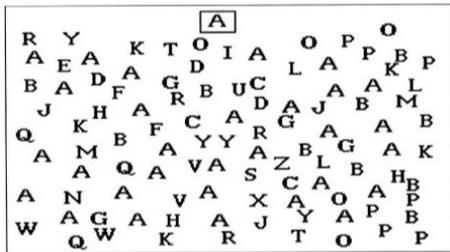


### 11.- Focaliza un punto auditivamente

INSTRUCCIONES: Cuando escuches la palabra lupa te levantas de tu silla y te vuelves a sentar organizadamente.

- Lima / Toca
- Lupa / Rápido
- Lima / Lomo
- Lupe / Lupa
- Ya / Silla
- Lupa / Lima
- Párate / Lupa / Lima

### 12.- Presta atención visual periférica



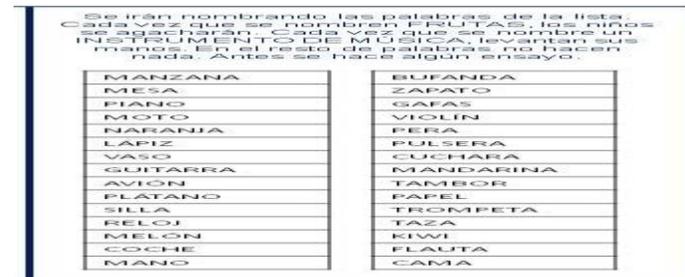
### 13.- Presta atención auditiva periférica



### 14.- Puede alternar la atención visual



### 15.- Puede alternar la atención auditiva



16.- Memoriza tres diferentes roles para pedir ayuda



17.- Memoriza tres números para pedir ayuda

Dame el número de tu casa \_\_\_\_\_  
Dame el número de tu papá \_\_\_\_\_  
Dame el número de tu mamá \_\_\_\_\_  
Dame el número de algún familiar \_\_\_\_\_

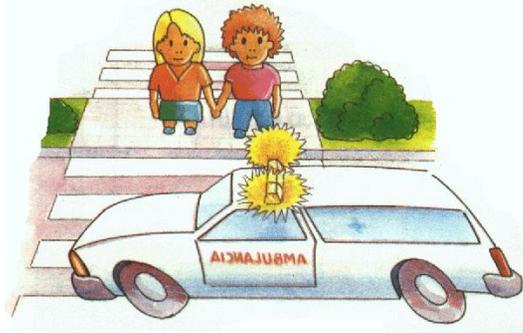
18.- Memoriza tres diferentes nombres para pedir ayuda

Dime el nombre de tu papá  
Dime el nombre de tu mamá  
Dime el nombre de otra familia

19.- Inhibe estímulos visuales para llegar a su destino



20.- Inhibe estímulos auditivos para llegar a su destino



## SEXUALIDAD

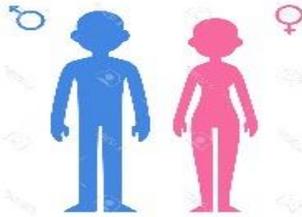
15.- Identifica su sexo



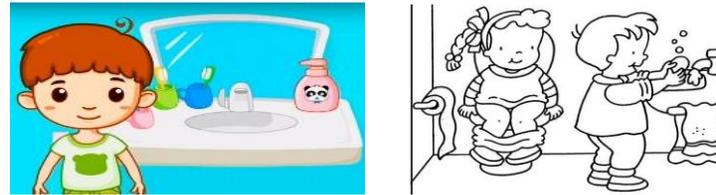
16.- Diferencia el otro sexo



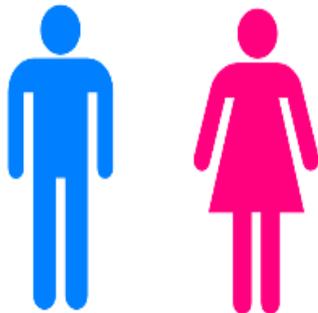
17.- Diferencia entre sexo masculino y sexo femenino



18.- Entiende que es privado (algo que se hace solos)



19.- Nombra el baño de hombres y de mujeres



20.- Usa el baño indicado para su genero



21.- Conoce que el baño es privado



22.- Se gasifica en un lugar privado



23.- Se acomoda ropas intimas en un espacio privado



24.- Se toca o se rasca partes íntimas en privado



25.- Entiende que es público (se puede hacer delante de las otras personas y que no les cause molestia o perturbación)



26.- Tiene habilidad para comer en público



27.- Tiene habilidad para ser empático con el otro



28.- Tiene la habilidad para estirarse en público



## PERCEPCION EMOCIONAL

- 1.- Identifica en una imagen la emoción de tristeza
- 2.- Identifica en una imagen la emoción de alegría
- 3.- Identifica en una imagen la emoción de enojo
- 4.- Identifica en una imagen la emoción de miedo



- 5.- Identifica en forma real la emoción de tristeza
- 6.- Identifica en forma real la emoción de alegría
- 7.- Identifica en forma real la emoción de enojo
- 8.- Identifica en forma real la emoción de miedo



## ASIMILACIÓN EMOCIONAL

9.- Identifica la respuesta emocional de otro ante su petición



10.- Identifica en la imagen la respuesta emocional ante un conflicto



11.- Identifica en imagen la respuesta de la emoción ante un peligro



12.- Identifica en imagen la respuesta de la emoción cuando se ve una película de miedo



13.- Identifica en la imagen la respuesta de la emoción cuando se da un regalo



14.- Identifica en la imagen la respuesta de la emoción cuando se pierde una mascota



## COMPRENSIÓN EMOCIONAL

15.- Comprende en imagen la emoción de tristeza



16.- Comprende en imagen la emoción de alegría



17.- Comprende en imagen la emoción de enfado



18.- Comprende en imagen la emoción de miedo



19. Comprende en el otro visualmente la emoción de tristeza



20.- Comprende en el otro visualmente emoción de alegría



21.- Comprende en el otro visualmente la emoción de enfado



22.- Comprende en el otro visualmente la emoción de miedo



## REGULACIÓN EMOCIONAL

23.- Reconoce visualmente una situación la emoción de tristeza

**Ana pierde su mascota ¿Cómo esta Ana**

24.- Reconoce visualmente una situación la emoción de alegría

**Pedro le pide matrimonio a Luisa ¿Cómo esta Luisa?**

25.- Reconoce visualmente una situación la emoción de enfado

**A Luis se le olvidaron las llaves de su casa ¿Cómo esta Luis?**

26.- Reconoce visualmente una situación la emoción de miedo

**A Mariana se le hizo tarde para salir de su trabajo, ahora se tiene que regresar sola ¿Cómo esta Mariana?**

27.- Reconoce en vivo una situación de la emoción de tristeza

**Carlos reprobó su examen ¿Qué debe sentir Carlos?**

28.- Reconoce en vivo una situación de la emoción de alegría

**El jueves me voy de vacaciones ¿Como debo sentirme?**

29.- Reconoce en vivo una situación de la emoción de enfado

**Juan y María se pelearon ayer ¿Cómo se sintieron?**

30.- Reconoce en vivo una situación de la emoción de miedo

**Mi hermano puso una película de miedo ¿Cómo me siento?**

Anexo 3  
Cuadro 2

*Carta descriptiva para el entrenador, ejemplo.*

	<p><b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO</b>  <b>FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORIZTACALA</b>  <b>FECHA:</b> 17 de octubre 2018  <b>Programa:</b> programa de entrenamiento en la adquisición de las habilidades viales en personas con discapacidad intelectual  <b>Objetivo del programa:</b> entrenamiento en las habilidades viales en personas con DI  <b>Objetivo de la sesión:</b> rutina para llegar a la parada del transporte</p>		
Actividad	Descripción de la actividad	Material	Tiempo
<p>Saludo: dar la bienvenida  Dinámica: antes de salir de casa (vialidad)  Objetivo: implementar la rutina para salir con lo necesario para llegar al</p>	<p>1.- Se realizará un simulador de una casa.  2.- A la entrada de la puerta se colocará una mesa con diferentes credenciales.  3.- Se da un seguimiento de instrucciones con la instrucción “no olvides nada”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Toma su credencial</li> <li>✓ Lleva consigo números teléfonos principales</li> <li>✓ Recuerda tomar las llaves</li> <li>✓ Selecciona el dinero que va a utilizar</li> <li>✓ Abre la puerta</li> </ul>	<p>1.- Credencial de lector  2.- Credencial de discapacidad intelectual  3.- llaves  4.- Puerta  5.- 30 Monedas de diferentes denominaciones</p>	<p>50 min</p>

transporte	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Cierra la puerta</li><li>✓ Cierra la puerta con el seguro</li><li>✓ Cierra la puerta con la llave</li><li>✓ Camina al salir de casa sobre la banqueta para llegar a un destino</li><li>✓ Sale a tiempo de casa</li><li>✓ Camina al salir de casa sobre la banqueta para llegar a la parada del colectivo</li><li>✓ Identifica la parada del colectivo</li><li>✓ Llega a tiempo a la parada del colectivo</li></ul> <p>4.- se realizan cuestionamientos inferenciales</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Que necesitas para salir de casa?</li><li>- ¿Qué requieres para identificarte en la calle?</li><li>- En caso de un accidente ¿Cómo saben tu nombre?</li></ul> <p>5.- Se realiza retroalimentación con el alumno</p>		
------------	---	--	--

Anexo 4  
Cuadro 3

*Carta descriptiva para el entrenador.*

	<p align="center"><b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO</b> <b>FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORIZTACALA</b></p> <p align="center"><b>FECHA:</b></p> <p><b>Programa:</b> programa de entrenamiento en la adquisición de las habilidades viales en personas con discapacidad intelectual</p> <p><b>Objetivo del programa:</b> entrenamiento en las habilidades viales en personas con DI</p> <p align="center"><b>Objetivo de la sesión:</b></p>		
Actividad	Descripción de la actividad	Material	Tiempo
<p>Saludo:</p> <p>Dinámica:</p> <p>Objetivo:</p>			