



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA DE TALLER PARA LA ADQUISICIÓN  
DE HABILIDADES PARA LA VIDA DIARIA EN  
JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y  
SÍNDROME DE ASPERGER**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**ANDREA MENDOZA LÓPEZ**

DIRECTORA DE LA TESINA:

MTRA. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

SINODALES

MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ ARCE CORIA

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ

DRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA





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**

Les agradezco enormemente a mis padres por ser los mejores maestros en mi vida, por hacer de mí la persona que soy ahora, por estar siempre a mi lado, por ese apoyo incondicional que me han brindado siempre, por creer en mí, motivarme y amarme sin condición alguna, por sentir mis sueños como si fueran suyos, GRACIAS POR TODO.

A mi hermano por estar siempre a mi lado, escucharme, por ser otro gran apoyo y una pieza fundamental en mi vida.

A **Emi** por ser mi cómplice y compañero de vida, por acompañarme en cada momento, por cada una de sus palabras, por motivarme a ser una mejor persona y ser una gran motivación para mí y hoy poder compartir este logro a mi lado, porque juntos somos un gran equipo.

A toda mi familia que ha estado siempre conmigo que me ha visto crecer y que hoy me ve cumplir una gran meta en mi vida, en especial le quiero dedicar este logro a mi tía "Luchita" que donde quiera que se encuentre, siempre está conmigo, esto es para ti.

A mi directora de tesina la maestra María Eugenia por la paciencia que me tuvo, por su apoyo, guía y enseñanzas en este proyecto, por ser una gran profesora y tener esa dedicación tan grande a su profesión.

Quiero agradecer al centro **CISEE** por ser una inspiración para la realización de este trabajo y demostrar lo hermoso que es trabajar con personas con necesidades especiales.

A mi amada UNAM y a mi Facultad, por enseñarme esta profesión tan bonita y tan llena de enseñanzas, a mis profesores que me formaron a lo largo de la carrera, y a mis amigas con los cuales recorrí este camino.

A mí por creer en mí, por mi perseverancia, por mi esfuerzo y demostrarme a mí misma que puedo realizar todo lo que me proponga.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>CAPÍTULO I. SÍNDROME DE ASPERGER</b> .....	5
1.1 Definición.....	5
1.2 Antecedentes históricos.....	6
1.3 Etiología.....	9
1.4 Epidemiología.....	10
1.5 Características.....	11
1.6 Evaluación y Diagnóstico.....	13
1.7 Instrumentos.....	15
1.8 Tratamiento.....	17
<b>CAPÍTULO II. DISCAPACIDAD INTELECTUAL</b> .....	22
2.1 Definición.....	22
2.2 Antecedentes históricos.....	23
2.3 Etiología.....	30
2.4 Epidemiología.....	32
2.5 Características.....	33
2.6 Diagnóstico.....	35
2.7 Evaluación.....	42
2.8 Tratamiento.....	46
2.8.1 Tratamiento con la familia.....	49
<b>CAPÍTULO III. VIDA INDEPENDIENTE PARA PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES</b> .....	51
3.1 ¿Qué es la vida independiente?.....	51
3.2 Inicios de la vida independiente.....	51
3.3 Centros para una vida independiente.....	55
3.4 Vida independiente.....	56
3.4.1 Habilidades para una vida independiente.....	58

3.5 Técnicas utilizadas para la adquisición de habilidades para la vida diaria.....	61
3.6 Apoyos para personas con Discapacidad.....	62
3.6.1 Planificación individualizada de los apoyos.....	64
3.7 Autonomía y Autodeterminación.....	66
3.8 Transición a la vida adulta.....	68
3.8.1 Vida laboral.....	70
3.9 Inclusión.....	72
3.9.1 Legislación.....	74
<b>CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>78</b>
Justificación.....	78
Objetivo general.....	79
Objetivo específico.....	79
Población.....	79
Escenario.....	79
Materiales.....	80
Instrumentos de evaluación.....	82
Procedimiento.....	86
Taller.....	87
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>102</b>
<b>ALCANCES Y LIMITACIONES.....</b>	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>111</b>

## **RESUMEN**

El síndrome de Asperger y Discapacidad Intelectual pertenecen a los trastornos del neurodesarrollo, el cual son un grupo de afecciones que inician en el periodo del desarrollo, estos trastornos se manifiestan de manera precoz, antes de que el niño empiece la escuela primaria y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico y ocupacional. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia, en donde el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana incluidos la comunicación, participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal (American Psychiatric Association DSM 5, 2013) .

Por ello en el presente trabajo se propuso un taller en donde jóvenes con Síndrome de Asperger y Discapacidad Intelectual adquieran habilidades para una vida independiente, en donde puedan tener un desarrollo personal y adquirir destrezas para la vida, con la finalidad de lograr que sean jóvenes productivos y mejorar en su calidad de vida, en donde se integren a una sociedad en donde y se les pueda percibir como personas adultas.

Palabras clave: Síndrome de Asperger, Discapacidad Intelectual y Vida Independiente

## **SUMMARY**

Neurodevelopmental disorders are a group of conditions that begin in the period of development, these disorders are manifested early, before the child begins primary school and are characterized by a development deficit that produces deficiencies in personal ,social, academic and occupational performances. The range of development deficits varies from very specific limitations of learning, or regarding the control of executive functions, to global deficiencies of social skills or intelligence, where the individual does not meet the standards of personal independence and social responsibility in one or more aspects of daily life including communicating, social participation, academic or occupational functioning and personal independence, (DSM 5., 2013), of which we will mention Asperger's Syndrome and Intellectual Disability.

Therefore, in the present work, a workshop will be proposed where young people with Asperger's Syndrome and Intellectual Disability acquire skills for an independent life, where they can have a personal development and acquire skills to live in society, in order to make them productive young people, improve their quality of life, being integrated into a society where they can be perceived as adults.

Key words: Asperger's Syndrome, Intellectual Disability and Independent Living

*“Mi desarrollo no es absurdo, me enfrento al mundo desde mi especial forma de ser y percibir. Haz un esfuerzo por comprenderme”*

Ángel Rivieré (s.f)

## **INTRODUCCIÓN**

En México, así como también en muchos países de ingresos medios o bajos, la discapacidad intelectual y el Síndrome de Asperger no aparecen en la agenda política, ni son considerados un problema de salud pública, sino como un fenómeno aislado e individual, no se reconocen las repercusiones económicas, políticas o sociales que la discriminación, el estigma y la falta de servicios pertinentes puedan tener para la sociedad. Por lo tanto las personas con necesidades especiales no suelen despertar interés en los ámbitos de la política, la ciencia y la salud ni en general en la comunidad. .

En la sociedad aún predomina la perspectiva de asistencia y de caridad en relación a personas con necesidades especiales en los campos de educación, social entre otros y esto desemboca a que los individuos tengan una mayor vulnerabilidad social y con ello puedan generar dependencia en su entorno familiar.

De acuerdo con la fundación Aletheia centro psicopedagógico (2012) las estadísticas de Asperger por país no se conocen, pero existen datos en los que se menciona que es un trastorno muy frecuente, se presenta de 3 a 7 por cada 1000 nacidos vivos, tiene una mayor incidencia en niños que en niñas y uno de cada 10 niños autistas es diagnosticado con Síndrome de Asperger.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI,2017), estima la prevalencia de 1 por cada 100 nacimientos; es decir, de los 2'586,287 nacimientos registrados en el año 2011 por el, 25,862 niños tendrían un trastorno del espectro autista.

Márquez, Zanabria, Pérez, Aguirre, Arciniega & Galván (2011) mencionan que a nivel mundial se señala que la Discapacidad Intelectual es frecuente, con un alto impacto en el

funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1–4%. En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, la prematurez, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y la pobreza; que han sido superados en países desarrollados.

El INEGI (2017) menciona que en el año 2010 en México había 448, mil 873 personas que viven con alguna discapacidad mental, debe destacarse que de acuerdo con la Escala Nacional, las personas con discapacidad mental representan un 0.4% del total de la población, dicha discapacidad se presenta mayoritariamente entre población joven y 8 de cada 10 personas con discapacidad tienen más de 30 años.

Cabe mencionar que en el país aún faltan programas que promuevan la independencia, el empoderamiento o ejercicio de derechos así como una integración social y laboral en personas con necesidades especiales. De tal manera que la presente tesina tiene como objetivo general, la propuesta de un taller para fomentar la vida independiente en personas con Discapacidad Intelectual y Síndrome de Asperger, para que sean capaces de incorporarse en la sociedad, desarrollar una mejor calidad de vida, concretamente en las dimensiones de inclusión social, bienestar material, emocional y físico, relaciones interpersonales y derechos requiriendo de una mínima supervisión.

Por lo tanto el trabajo se divide en cuatro partes, el primer capítulo de este documento ofrece definiciones y una explicación de los conceptos básicos del Síndrome de Asperger, así como también se mencionó su etiología, epidemiología, diagnóstico, clasificación y tratamiento.

El segundo capítulo empieza con las definiciones del concepto de Discapacidad Intelectual, así como también se hablará de su etiología, epidemiología, diagnóstico, clasificación y tratamiento.

En el tercer capítulo se habló de la vida independiente, los inicios de la vida independiente en personas con discapacidad, las habilidades para una vida



independiente, también se mencionarán temas tales como autonomía, autodeterminación, e inclusión, etc.

En la cuarta y última parte se da a conocer la metodología para llevar a cabo el taller dirigido a jóvenes para la adquisición de habilidades para la vida diaria.

Es importante desatacar y aclarar, que se investigó sobre estos dos trastornos del desarrollo, únicamente en cuanto a que ambos presentan dificultades sociales a la adaptación, por ello el taller se centra en habilidades adaptativas para estos dos tipos de trastornos, con el propósito de ayudar a desarrollar y fortalecer sus relaciones sociales y adaptativas de ambos trastornos para un óptimo desarrollo. Destacando que el Síndrome de Asperger no tiene que ver con un retraso mental necesariamente.

## CAPÍTULO I SÍNDROME DE ASPERGER

El Síndrome de Asperger fue descrito por primera vez en 1944 por el austriaco Hans Asperger. El cual pertenece al grupo de trastornos generalizados del desarrollo, se define por deficiencias en las relaciones sociales y en la comunicación verbal y no verbal, por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades. El objetivo del capítulo consiste en hacer una aproximación del significado del Síndrome de Asperger (Naranjo R; 2014).

### 1.1 ¿Qué es el Síndrome de Asperger?

Asperger (1944 en Naranjo R, 2014) definió en 1944 el Síndrome de Asperger es un trastorno generalizado del desarrollo, y se caracteriza por una marcada alteración social, dificultades en la comunicación, déficit en la capacidad de juego y un rango de comportamientos e intereses repetitivos, sin un retardo significativo en el lenguaje ni cognitivo.

El boletín de la sociedad de centro medica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (2016) menciona que es un grupo de problemas que afectan la habilidad del niño para comunicarse, jugar, adquirir destrezas y, sobre todo, para convivir en sociedad; este trastorno por lo general se hace evidente antes de que inicie su vida escolar, los padres descubren que conforme su hijo crece tiene actitudes anormales y un lenguaje limitado que incluye frases o conversaciones repetitivas, presentan una gran dificultad para adaptarse a los cambios, realizan actividades o movimientos repetitivos (rituales).

Por su parte Fiz (2010) menciona que el síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo neurológico con inicio en los primeros años de vida. Se incluye dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (en el DSM-IV desde 1994), o bien dentro del espectro autista. La base clínica es una alteración profunda en la relación social, basada en la carencia de las bases neurocognitivas necesarias para entender los estados mentales de otras personas, la interpretación social de las conductas no-verbales, específicamente las faciales y de cualquier tipo de aprendizaje implícito o basado en la experiencia; aunque todavía se desconoce cuál es su causa concreta, hay suficiente

información científica para poder afirmar que gran parte de su origen es de base genética.

Estudios neuropatológicos y de neuroimagen indican que desde los primeros meses de la vida existen alteraciones en el desarrollo cerebral de los afectados, manifestadas por alteraciones estructurales y funcionales en las regiones cerebrales implicadas en los síntomas presentes en el síndrome de Asperger (Naranjo R, 2014).

Por otra parte Coto M. (2013) mencionó que el Síndrome de Asperger está reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un Trastorno Generalizado del Desarrollo de carácter crónico y severo, que implica la alteración cualitativa del desarrollo social y comunicativo e intereses restringidos y estereotipados producto de la rigidez mental y comportamental. No lleva asociado retraso mental o retraso grave, las habilidades cognitivas y adaptativas del niño son normales.

## 1.2 Antecedentes Históricos

A continuación hablaremos de los antecedentes de dicho síndrome.

Maudsley (1879 en Naranjo R, 2014) describió el caso de un niño con características similares al Síndrome de Asperger, pero lo clasificó como autismo clásico

Asperger (1944 en Naranjo R, 2014) quien describió 4 casos de niños con psicopatías autísticas de la infancia, "*Autistischen Psychopathen*", que compartían características similares entre ellos: buenos en matemáticas y en ciencias naturales, pero en sus relaciones sociales y emocionales eran pobres, con comportamiento estereotipado, indicando un marcado desorden de la personalidad con aislamiento social, interés especial pervasivo, carencia de tono afectivo de voz.

Conservando características intelectuales normales, los cuales llamo "pequeños profesores", todos con intereses inusuales que dominan sus emociones, que persistía toda la vida y concluyó que los padres de los niños presentaban síntomas semejantes (Naranjo R, 2014).

Cabe mencionar que para hablar del Síndrome de Asperger es necesario mencionar brevemente el trastorno del espectro autista, que fue descrito por Kanner en 1943, ya que son dos trastornos que tienen relación, al igual que el Asperger este es un síndrome que afecta a las habilidades socioemocionales durante el desarrollo temprano y como consecuencia se tiene una discapacidad de adaptación social (Reynoso, Rangel & Melgar, 2016).

Reynoso et al (2016) mencionan que con la publicación del DSM IV se elaboraron criterios diagnosticos para diferenciar a los pacientes con autismo tipo Kanner y tipo Asperger.

La definición de Autismo de Asperger es mucho más amplia que la de Kanner, ya que incluía la existencia de serias lesiones orgánicas en algunos casos junto con otros que rozaban la normalidad. En un principio, Asperger sugirió el término Autistische Psychopathen im Kindesalter (trastorno autista de la personalidad), es decir, describía más bien la personalidad de un individuo más que una enfermedad mental, por lo que pudo observar que la madurez social y el razonamiento social de esos niños padecían un retraso, y algunos aspectos de sus aptitudes sociales eran poco comunes para cualquier estadio del desarrollo (Naranjo R, 2014).

Los niños tenían muchas dificultades para hacer amigos, y a menudo podían ser objeto de burlas por parte de otros niños, describió también alteraciones en la comunicación verbal y no verbal, también observó deterioros claros de la comunicación y del control de las emociones, una tendencia a intelectualizar los sentimientos, destacó que algunos de estos niños presentaban problemas específicos de aprendizaje y dificultades para mantener la atención en clase. Asimismo, percibió que tenían cierto grado de torpeza evidente relacionada con la coordinación motora, y a la gran sensibilidad a ciertos ruidos, olores y texturas que presentaban algunos niños.

Asperger (1944 en Fiz, 2010) mencionó que en cuanto a la edad, estas características podían identificarse en algunos niños de dos a tres años, mientras que para otros sólo se manifestaban y eran evidentes años más tarde. Tras investigar y asistir a las personas

que trató durante más de tres décadas, formuló la idea de que era un trastorno estable y crónico de la personalidad, en lugar de un trastorno psicopático.

La primera mención del Autismo se realiza en el CIE-8 (1967 en Naranjo R, 2014) 20 años después de lo descrito por Kanner, se clasificó como un subgrupo de esquizofrenia.

Wing (1981 en Cobo & Moran, 2011) fue la primera persona en utilizar el diagnóstico de “Síndrome de Asperger”, después de rescatar el artículo de Asperger de 1944 titulado “El Síndrome de Asperger: un relato clínico”, en donde identificó tres grandes áreas afectadas, las cuales dieron lugar a la denominada Triada de Wing, siendo estas áreas:

- 1) Incompetencia de relación social
- 2) Dificultad en la comunicación
- 3) Inflexibilidad mental y comportamental.

Esta triada es considerada un denominador común dentro del autismo, situándose el Síndrome de Asperger, en el nivel de mejor funcionamiento y pronóstico dentro de los Trastorno de Espectro Autista, también mostró las diferencias de las descripciones entre Kanner y Asperger (Cobo & Moran, 2011).

Firth (1991 en Fiz, 2010) en la década de los noventa, publicó varios trabajos sobre déficit psicológico, imágenes cerebrales y bases neurológicas del autismo, y hace la publicación de un libro llamado “Autism and Asperger síndrome”. Desde los años noventa, el interés por el Síndrome de Asperger ha crecido considerablemente.

En el DSM-IV (1994 en Naranjo R, 2014) el Síndrome de Asperger fue incluido en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales, continúa con la categoría de trastornos pervasivos del desarrollo, pero introduce nuevos grupos: desorden autístico, trastorno de Rett, etc., y por primera vez el Síndrome de Asperger.

De tal manera que en la quinta edición del DSM 5 (2013), ya no aparece como categoría independiente, está incluido en los Trastornos Generalizados del Desarrollo, englobándolo dentro del Trastorno del Espectro Autista., por lo que hoy en día existe un

gran debate en cuanto, si el Síndrome de Asperger es una categoría independiente o un elemento del espectro autista

Cabe destacar que el término “Síndrome de Asperger” se reserva a los pocos autistas “casi normales”, que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje (Naranjo R, 2014).

El 18 de Febrero del año 2007, se declaró como “Día Internacional del Síndrome de Asperger” en recuerdo del nacimiento de Asperger.

### 1.3 Etiología

Delgado (2016) argumentó que uno de los factores implicados en el desarrollo del Síndrome de Asperger son las alteraciones neurobiológicas del desarrollo. Así lo confirman los estudios de neuroimagen más recientes que han encontrado anomalías en varias regiones corticales y subcorticales.

De hecho, más del 20% de los niños con Síndrome de Asperger muestran macrocefalia, además una disminución de las células de Purkinje en el cerebelo, displasia en el tronco encefálico y en la oliva, señales de disgénesis cortical y neuronas más pequeñas en el sistema límbico (Delgado, 2016).

Delgado (2016) describió que se han encontrado cambios en la densidad sináptica, en las minicolumnas de la corteza frontal de asociación y en la composición de los receptores nicotínicos. Estas anomalías afectan los procesos de desarrollo primario tales como la migración neuronal, la muerte celular programada, la sinaptogénesis y la neurogénesis.

Asimismo, se han hallado diferencias sustanciales en las estructuras bioquímicas del cerebro de los niños con Síndrome de Asperger, en comparación con el cerebro de niños sanos. Por ejemplo, se ha apreciado una concentración mayor de creatinina, fosfocreatinina y colina, moléculas que participan en importantes funciones nerviosas como el metabolismo energético, la densidad neuronal, el metabolismo de fosfatos y el intercambio de membranas.

Estos cambios afectan el funcionamiento ejecutivo del cerebro, sobre todo en los aspectos relacionados con la comunicación, las habilidades sociales y el desarrollo emocional (Delgado, 2016).

El trastorno podría heredarse, genéticamente y verticalmente a través de la línea paterna, dado que se observan características de personalidad similares en algunos padres, hay una mayor prevalencia en hombres que en mujeres (Delgado, 2016).

Delgado (2016) explica que hoy se conoce que los genes juegan un papel importante en los trastornos del espectro autista como el Síndrome de Asperger, mucho más que en cualquier otra alteración de índole neuropsiquiátrica.

De hecho, el grado de heredabilidad es superior al 90%, hasta el momento no se han podido identificar los genes específicos involucrados en el Síndrome de Asperger, aunque se conoce que se trata de un trastorno genéticamente complejo en el que probablemente intervienen diversas mutaciones génicas. Se sabe que las alteraciones más frecuentes se producen en el cromosoma 15, específicamente en la región 15q11-13, así como en los cromosomas sexuales (lo que explica la desproporción del Síndrome de Asperger en niños y niñas) (Delgado, 2016).

Delgado (2016) menciona que de manera similar se han encontrado variaciones génicas en el gen EN 2 (Engrailed homeobox-2), dicho gen está relacionado con el desarrollo del cerebelo; en el cromosoma 17q del gen del transportador de serotonina; en el gen UBE3A y en el cromosoma 15q11-13 de varios genes vinculados al sistema gabaérgico.

#### 1.4 Epidemiología

A nivel mundial la prevalencia exacta no se ha determinado, es particularmente difícil de estimar y solo se encuentran aproximaciones, pero es más frecuente en hombres que en mujeres. Estas tasas de prevalencia para el Asperger van de 0.3 a 48 por 10, 000, con una media de 36 por 10,000 niños nacidos vivos por año. Como es una enfermedad crónica del comportamiento, no existe un patrón único de comorbilidad depende de las interacciones del ambiente, herencia y paciente (Naranjo R, 2014).

De acuerdo al Boletín de la sociedad de centro medica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (2016) el Síndrome de Asperger es poco frecuente, se presentan de 1 a 15 casos por cada 10 mil nacimientos. Se encuentra con más frecuencia en varones, la proporción es de 1 niña por cada 9 niños, aunque algunas estadísticas hablan de 3 ó 4 hombres por cada pequeña, esto en base a la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

Fiz (2010) mencionó que sólo se están detectando y diagnosticando el 50% de niños con síndrome de Asperger, ya que es muy posible que las personas camuflagen sus dificultades y eviten la detección, o que el médico no piense en el síndrome de Asperger y se centre en otros diagnósticos.

### 1.5 Características

Varios autores han investigado las características de personas que presentan tal síndrome, a continuación se mencionan las características que expusieron autores tales como Ayuda, Freire, González, Llorante y Martos (2012) los cuales son los siguientes:

- Ψ En cuanto al área social presentan dificultad para formar amistades duraderas, escasa reciprocidad emocional y dificultad para comprender las necesidades emocionales de los demás, poca flexibilidad para adaptar conductas a contextos. También Cobo y Moran (2011) describen que presentan dificultades en la relación social, dificultades en la expresión emocional y sus intereses de las personas son con frecuencia variados y originales.
- Ψ En cuanto a sus características cognoscitivas tienen una pobre comprensión de pautas no verbales, dificultad para expresar sus propias emociones, estilo conversacional poco recíproco, su lenguaje no parece natural, escogen palabras inusuales, existe una tendencia en ellos a intelectualizar los afectos y mostrar una notable falta de empatía y ausencia de la comprensión intuitiva de los otros.
- Ψ En cuanto al área personal presentan incomodidad ante cambios inesperados, actitud inflexible ante sus rutinas, intereses y actividades restringidas, tienden a presentar escasa seguridad de sí mismo y pobre autoestima, sentimientos de incompreensión y soledad. Pueden tener dificultad para incorporase al mundo



laboral, pobres habilidades de autonomía e independencia, y pueden llegar a presentar depresión y ansiedad (p.45).

Para Naranjo R (2014) los individuos de Asperger presentan las siguientes características:

- En cuanto a la habilidad motora, presentan retardo en la adquisición de habilidades motoras, con alteración en la coordinación, tienen posturas extrañas.
- Las alteraciones neuropsicológicas del Asperger a través de la historia, se han asociado con disfunción del hemisferio derecho, alteración en el desarrollo del aprendizaje, alteración del lenguaje semántico pragmático, alteración en el aprendizaje no verbal, con procesamiento verbal intacto y alteración viso espacialidad presentan problemas en la comprensión de lectura, a pesar de las fortalezas de memoria.
- En el área social se encuentran aislados socialmente, el acercamiento a las otras personas es inapropiado por sus actividades excéntricas. Presentan dificultades para guardar secretos, entender metáforas, ironías y humor, no establecen adecuado contacto visual, quieren guiar la conversación pero tienen una conversación unilateral, con un lenguaje pedante.

El paciente puede mostrar con interés en querer entablar relaciones con otras personas pero son incapaces por no reconocer los sentimientos, intenciones y comunicación no verbal de sus pares (pp 84-85).

De acuerdo con Barnhill G (2016) las características sociales son:

- Ψ En cuanto a la comunicación verbal y no verbal los niños con Síndrome de Asperger parecen tener fuertes habilidades verbales y algunos incluso hablan de manera sofisticada. Sin embargo, tienen dificultad para utilizar el idioma con fines sociales, particularmente para empezar y mantener conversaciones, utilizan el lenguaje más como un medio para un fin específico que como una plática social, a veces parece que sus conversaciones son descoordinadas o usan palabras de manera extraña o repetitiva. También tienen dificultades para entender que las palabras tienen varios significados es decir, que tienden a tomar los comentarios de forma literal.

En cuanto a la comunicación no verbal pueden mostrar gestos expresiones faciales limitados, un lenguaje corporal o posturas corporales inadecuadas o una mirada peculiar. Presentan dificultades para entender el lenguaje corporal de los demás.

- Ψ En cuanto a habilidades académicas generalmente presentan una inteligencia como la media o superior a la media, y con frecuencia tienen habilidades de memoria mecánica. Sin embargo, pueden carecer de habilidades de alto nivel de pensamiento y de comprensión y tienen pocas habilidades de resolución de problemas, algunos llegan a presentar problemas con la escritura (pp. 4-6).

## 1.6 Evaluación y Diagnóstico

Después de conocer las características que presentan las personas con Síndrome de Asperger, Caballero R (2008) menciona que para establecer cualquier diagnóstico en psiquiatría infantil es necesario un abordaje personal, familiar y social. En la entrevista diagnóstica es necesario realizar una buena historia del desarrollo del niño en general y en especial en las áreas de interacción social, lenguaje y comunicación. Analizar el juego y los patrones de conducta del niño desde una perspectiva evolutiva.

En el Síndrome de Asperger debemos valorar su capacidad intelectual, su nivel de lenguaje expresivo y receptivo, es conveniente valorar test de la teoría de la mente, test de función ejecutiva y test de competencia motora

Ayuda et al. (2012) mencionan que para el proceso de evaluación y diagnóstico se debe de llevar a cabo lo siguiente:

1. Los puntos principales del problema.
2. Se identifica cuál es el punto principal que afecta al paciente
3. Se diseñan estrategias para orientar al individuo.

En la realización de la entrevista podemos obtener la identificación del paciente, así como sus antecedentes tanto del paciente como familiares, su dinámica familiar, motivo de consulta y poder realizar una valoración clínica del paciente, en base a la valoración poder establecer un diagnóstico y enseguida ejercer pautas para un método de intervención.

De acuerdo con Fisz (2010) las áreas más importantes a evaluar en una persona con Síndrome de Asperger son:

- Habilidades/competencias sociales (interacción social recíproca, comunicación no verbal, empatía)
- Perfil Cognitivo (déficits y aptitudes)
- Lenguaje (pragmática y peculiaridades)
- Movimientos y coordinación (torpeza motora)

Para ejercer el diagnóstico, nos basamos en el CIE-10 (2000) el cual menciona los siguientes criterios diagnósticos:

***Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Asperger en el CIE-10 (2000)***

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
  2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel de desarrollo del sujeto.
  3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, interés y objetivos con otras personas.
  4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos estereotipados, manifestados por una de las siguientes características:
1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados, y restrictivos que son anormales sea por su intensidad, sea por su objetivo.
  2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
  3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos.
  4. Preocupación persistente por pares de objetos
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo en la actividad social laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo ( a los 2 años utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas)
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumplen los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia (p.203).

Como se mencionó anteriormente, hoy en día existe un gran debate acerca de si el Síndrome de Asperger es independiente al autismo o sigue siendo un elemento del espectro autista.

En el DSM-IV (1994 en Naranjo R, 2014) el Síndrome de Asperger continúa con la categoría de trastornos pervasivos del desarrollo, pero está como categoría independiente del síndrome autista. Sin embargo, en la quinta edición del DSM V (2013) ya no aparece como categoría independiente y lo ponen como un elemento de Trastorno del Espectro Autista.

## 1.7 Instrumentos

De acuerdo con Caballero R (2008) las escalas más utilizadas en la detección del trastorno son:

- ❖ ASSQ cuestionario de muestreo para espectro autista de alto rendimiento. En 1989 Gillber y Gillber, propusieron sus criterios de diagnóstico del Síndrome de Asperger, basados en éstos desarrollaron un cuestionario de muestreo para niños con alteraciones en comunicación y comportamiento, con intereses intelectuales restrictivos. Se utiliza en niños de 7-16 años.
- ❖ La escala australiana para el síndrome de Asperger de Atwood 1998. La escala es un cuestionario diseñado para identificar conductas y habilidades propias del Síndrome de Asperger, en edad escolar. Consta de 24 preguntas en la cual se

evalúan habilidades sociales, emocionales, comunicativas, cognitivas, motrices e intereses específicos.

Por otra parte la Secretaria de Salud, (2012) nos menciona las escalas más utilizadas en México para la detección de los Trastornos del Desarrollo Generalizado como se describe:

- La escala Parent's Evaluation of Development Status (PEDS) es una herramienta desarrollada para valorar las preocupaciones de los padres. Esta herramienta tiene una sensibilidad de 74%-79% y una especificidad del 70%-80%, para detectar problemas en el desarrollo de los niños de 0-8 años.
- La escala Haizea-Llevant la cual permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo social y motor de niños de 0 a 5 años. Ofrece el margen normal de adquisición de algunas habilidades fundamentales durante la infancia. El test incluye 97 elementos que se distribuyen en las siguientes áreas: socialización (26 elementos), lenguaje y lógica (31 ítems), manipulación (19) y postural (21 elementos). En cada uno de los elementos se indica la edad en que lo ejecutan el 50%, el 75% y el 95% de la población infantil. Además como valor añadido, el instrumento incluye unos signos de alerta, cuya presencia en cualquier edad o a partir de edades concretas, indican la posibilidad de alteraciones.
- Existen diversos instrumentos utilizados para la detección de trastornos del espectro autista, como el Cheldist for Autism in Toddlers (CHAT), que tiene por objetivo discriminar en forma adecuada niños con neurodesarrollo normal y niños con trastornos del espectro autista antes de los dos años de edad, se está validando una versión mejorada que es el Q-CHAT.
- Así mismo también se utiliza la escala autónoma para la detección del Síndrome de Asperger y Autismo del alto funcionamiento, es una escala de 39 preguntas auto administradas por los padres y maestros, a responder entre cinco categorías, tiene una sensibilidad entre 98.9% y 72%. Se recomienda esta escala a niños mayores de 5 años como una herramienta útil para la confirmación de la sospecha clínica del trastorno.

## 1.8 Tratamiento

Para finalizar el primer capítulo hablaremos de los tratamientos para el Síndrome de Asperger, por ello Naranjo R (2014) mencionó que la intervención más importante para el niño con Asperger es el diagnóstico temprano, para poder desarrollar un tratamiento que incluya, atención a las características de comunicación, reforzamiento de habilidades académicas, sociales y comportamentales, por lo tanto deber de ser un tratamiento individualizado.

En cuanto al tratamiento psicológico podemos encontrar la terapia cognitivo-conductual, en la cual se ha demostrado que es un tratamiento eficaz para cambiar el modo de pensar y aprender a responder a emociones tales como la ansiedad, la tristeza y la cólera. (Fiz, 2010)

Attwood (2002 en Fiz 2010), mencionó que en la actualidad hay estudios publicados de casos, y pruebas científicas objetivas de que esa terapia reduce y mejora significativamente los trastornos emocionales de las personas con síndrome de Asperger.

Attwood, (2002 en Fiz, 2010) plantea un tratamiento integrando las siguientes áreas de entrenamiento:

- Educación afectiva, que ayuda a la persona con síndrome de Asperger a aprender las ventajas y desventajas de las emociones y la identificación de los diferentes niveles de expresión en palabras y acciones, tanto en sí mismo como en los demás.
- Reestructuración cognitiva, que capacita a la persona a corregir el pensamiento que crea emociones como la ansiedad y la cólera o sentimientos de baja autoestima.
- “Caja de herramientas”, que consiste en identificar los diferentes tipos de herramientas para resolver problemas asociados con las emociones negativas, en particular la ansiedad, la cólera y la tristeza.

- Los entrenamientos en habilidades sociales y asertividad también pueden realizarse en grupo, de hecho puede ser beneficioso para las personas con síndrome de Asperger poder relacionarse con personas con las mismas necesidades de apoyo y similares características, para poder compartir preocupaciones, intereses... y se fomente la interacción con los demás.

De acuerdo con Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz & Uribe (2008) describen que otro tipo de terapia que podemos utilizar es la terapia ocupacional, la cual está dedicada a mejorar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo el funcionamiento autónomo y la integración a su entorno, es aplicada con la finalidad de promover habilidades de interacción, disminuir niveles de ansiedad.

Para ello, se encarga de diversas actividades las cuales son:

1. Actividades de la vida diaria o de autocuidado se dividen en dos formas las cuales:
  - Ψ Básicas: las cuales incluyen hábitos de higiene corporal, vestido, lavado de manos y cara, cepillado dientes, cepillado de cabello, afeitado, maquillaje, etc.
  - Ψ Instrumentales: incluyen el manejo del dinero, el desplazamiento de lugares, compras, preparación de alimentos, realización del mercado, pago de servicios públicos, se pueden considerar que son actividades de la vida diaria para funcionar independientemente en el hogar y en la comunidad.
2. Actividades de trabajo o productivas: estas actividades incluyen el rol laboral, el desempeño de actividades productivas ocupacionales.
3. Actividades de tiempo libre: incluyen actividades de esparcimiento, desarrollo de actividades de interés, deporte, lecturas, juegos entre otros

De acuerdo a Reynoso et al (2016) menciona los tratamientos para los trastornos generalizados del desarrollo:

- Ψ En el análisis de la conducta y su modificación, la más aplicada es conocida como análisis conductual aplicado o ABA (Applied Behavior Analysis) se basa en la teoría del aprendizaje y condicionamiento operante. Se plantean objetivos

pequeños y alcanzables y se hacen intentos modulando la conducta hasta alcanzarlos y premiarlos.

- Ψ Para la estimulación del lenguaje el tratamiento de respuesta pivote o PRT (Pivotal Responde Treatment) consiste en plantear múltiples ejercicios que el paciente necesita trabajar, sobre todos los aspectos fundamentales de la comunicación y en habilidades de la vida diaria, se utilizan estrategias utilizando juego y reforzadores positivos.
- Ψ Teoría de la mente la cual se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones, sus creencias, sentimientos y deseos. En cuanto a las personas con asperger o autismo presentan dificultades para darse cuenta de lo que piensa o cree otra persona, es decir, tienen grandes problemas con la teoría de la mente. Begeer et. al. (2015) menciona que se han introducido desde hace años varias intervenciones que se focalizan única y exclusivamente en trabajar y mejorar la teoría de la mente en este tipo de personas, entre las intervenciones más utilizadas podemos nombrar los siguientes programas: “Teaching TOM”, “Picture in the Head training” o “Thought Bubble training”. El objetivo principal de estas técnicas es enseñar a los niños a crear representaciones mentales tanto de ellos mismos como del mundo que los rodea, se ha podido observar que la efectividad de estos tratamientos sigue siendo limitada.
- Ψ La musicoterapia ha mostrado ser eficaz para mejorar las habilidades de la comunicación social e impulsa las relaciones de los pacientes con sus pares.
- Ψ Terapias asistidas con animales :Es una interacción con animales, el contacto con animales domésticos tiene efectos beneficiosos sobre su estado físico y emocional, las aptitudes intelectuales, las capacidades y las habilidades sociales, estas relaciones con los animales puede hacer disminuir el ritmo cardiaco, calmar a los niños con alteraciones emocionales, o fomentar la comunicación con personas poco comunicativas, las modalidades utilizadas con mayor frecuencia son: equino terapia , Delfino terapia , Terapias con mascotas las cuales pueden ser el caballos y perros (Madrigal A , s.f).



Por otra parte Atwood (2009 en Siboldi J, 2011) menciona que la psicoterapia permite a la persona con Síndrome de Asperger comprender su dificultad y favorecer la auto aceptación, para ello el terapeuta deberá tener conocimiento acerca del Síndrome de Asperger, respetar las características propias del mismo y trabajar a partir de ellas, favoreciendo las relaciones del paciente con sus familiares, amigos y entorno en general.

Para el Síndrome de Asperger no existe todavía un tratamiento farmacológico, sin embargo existen tratamiento para todos los problemas psiquiátricos, que tienen comorbilidad con el síndrome, de acuerdo a Reynoso et al (2016) los más utilizados son los siguientes (ver Tabla 1):

Tabla 1. Fármacos utilizados para el Síndrome de Asperger

Fármaco	Descripción
Risperidona	Se utiliza para la conducta repetitiva y disruptiva, una disminución significativa de síntomas como hiperactividad, irritabilidad y conducta repetitiva y el arpiprazole,
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) (fluoxetina, citalopram, paroxetina, fluvoxamina, sertralina).	Ansiedad, irritabilidad y depresión: los síntomas de repetición, persistencia, respuestas exageradas
Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galatamina, mecamilamina, vereniclina).	Intención comunicativa: el aumento de la comprensión y de la expresión espontanea
Inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenalina (bupropion, metilfenidato, lisdexanfetsmina)	Atención y problemas ejecutivos: se utilizan los cuales mejoran los síntomas de inatención e hiperactividad

La amantadina y la memantina	Mejoran los síntomas sociales y de comunicación hasta un 70%
------------------------------	--

## **CAPÍTULO II. DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

La discapacidad Intelectual alude a una condición limitada del funcionamiento intelectual y adaptativo, cuya característica es la presencia de un coeficiente intelectual (CI) menor a 70, una limitación adaptativa, su inicio es antes de los 18 años (DSM 5, 2013)

### **2.1 ¿Qué es la Discapacidad Intelectual?**

La Organización Mundial de la Salud (1988 en Izuzquiza, 2015) define el retraso mental como un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

De acuerdo con Schalock R & Verdugo M (2010) mencionan que la Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años.

Luckasson y cols. (2002 en Verdugo, 2002) mencionan que la Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR) define al Retraso Mental como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años de edad.

De acuerdo con el DSM 5 (2013) la Discapacidad Intelectual se caracteriza por un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia; estos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana.

## 2.2 Antecedentes Históricos

La deficiencia mental ha estado presente a lo largo de toda la humanidad, de acuerdo con Verdugo M (2002) menciona que en la literatura griega aparecen referencias sobre personas que se asemejaban a los retrasos mentales.

También las momias egipcias presentan signos de haber sufrido enfermedades relacionadas con la deficiencia mental.

En la literatura griega aparecen reseñas sobre personas con discapacidad intelectual. Fue en el año 500 a.c aproximadamente cuando el medico griego Alcmacon de Croton se refirió al cerebro como el órgano encargado de captar sensaciones, generar ideas y permitir el conocimiento. Aunque su concepto sea impreciso en relación con las funciones de este órgano, es de destacar al descubrir su importancia (Verdugo M, 2002)

Hipócrates, el padre de la medicina (460-337 a.c en Blanco & Rodríguez, 2010) desarrollaría esta idea años después señalando que las enfermedades del cerebro daban lugar a diversos desórdenes mentales, asociando a sus escritos la anencefalia y otras malformaciones craneales con un severo retraso mental.

En la Edad Media, la ciencia se vio frenada por los dogmas religiosos; todo lo que fuera en contra de ellos se asociaba al sacrilegio, en ese tiempo se consideraba a los enfermos mentales como criaturas poseídas del demonio, siendo los únicos medios de curación la tortura y la hoguera (Blanco & Rodríguez, 2010).

Por otra parte en la Europa Medieval tan solo se podían considerar afortunados los retrasados mentales cuando eran vistos como “bufones” o “abortos de la naturaleza”. No obstante, en esa misma época el médico árabe Avicena (908-1037) planteó que la clasificación de las enfermedades mentales incluía el término amencia para designar la discapacidad intelectual. (Blanco & Rodríguez, 2010).

Blanco & Rodríguez, (2010) mencionan que antes del siglo XIX, sucedieron concepciones de índole biológico u orgánico en las que la discapacidad intelectual no se

diferenciaba de otros trastornos como deficiencias sensoriales o enfermedades mentales, se consideraba a menudo una variante de la demencia.

En la época del Renacimiento, Fitzherbert (s. XVI en Verdugo M 2002, p.4) se realizó uno de primeros intentos de definición del Retraso Mental:

*«Es idiota de nacimiento una persona que no puede contar o numerar 20 peniques, ni puede decir quién fue su padre o su madre, ni decir su edad, etc., con lo que puede parecer que no tuviere entendimiento de lo provechoso y lo nocivo para él.»*

A lo largo del siglo XVII las sucesivas definiciones legales del retraso mental incluyen pruebas dirigidas a la valoración de las actividades cotidianas de la personas, para concretar su nivel de retraso (Verdugo M, 2002).

Little (siglo XIX en García & Peña, 2005) rindió una contribución inapreciable al conocimiento de la discapacidad intelectual y de la parálisis cerebral, llamó la atención sobre los posibles efectos nocivos del parto prematuro, el alumbramiento difícil, los traumatismos mecánicos de los niños en la cabeza y el cuello durante el parto y la hipoxia. Sostuvo que lesiones podían generar desde levísimas disfunciones que pasan inadvertidas, hasta deficiencias de la percepción que pueden equivaler a la “imbecilidad total”.

Hoefler (1657 en García & Peña, 2005) realizó la primera descripción extensa del cretinismo, que conlleva a la discapacidad intelectual, fue objeto de considerable atención y se le consideró prioridad en el desarrollo de los programas institucionales, sostuvo que esta afección y la discapacidad intelectual asociados podían atribuirse a la alimentación y educación.

Locke (1686 en Blanco & Rodríguez, 2010) diferenció por primera vez entre retraso mental y otras enfermedades mentales, dado que hasta ese momento la discapacidad intelectual era considerada como una forma de insania o locura.

Por otra parte Willis en ese mismo año, introdujo el término “morosis” para denominar el retraso mental y lo diferencia de la demencia o de la insania, delimitando niveles de retraso (Blanco & Rodríguez, 2010).

Pinel (1801 en García & Peña, 2005) recogió ideas humanistas, definiendo el “idiotismo” como una obliteración parcial o total de los poderes intelectuales y de los afectos.

Esquirol (1838 en Verdugo M, 2002) planteó por primera vez la definición de idiota, diferenciándola de la demencia y de la confusión mental., entiende que la “idiotia” como la ausencia de un desarrollo intelectual global de carácter orgánico e incurable, en la que la inteligencia nunca ha llegado a desarrollarse.

Itard (1798 en Gómez et al, 2008) fue el primer médico quien se interesó por el retardo mental, quien lleva a cabo una de las primeras experiencias en este sentido influenciado por las ideas de Locke, que defiende el determinismo ambiental de las capacidades mentales.

En 1798, un grupo de cazadores encontró en las aproximidades de Aveyron (Francia) a un niño adolescente en estado salvaje, el cual fue enviado con el doctor, durante los siguientes cinco años trató de socializar y utilizó una variedad de técnicas para educar al «niño salvaje de Aveyron», a través de un entrenamiento educativo sistemático, el niño no llegó nunca a convertirse en una persona normal, pero demostró que una persona diagnosticada de «idiotia» podía llegar a aprender determinadas habilidades sociales con un entrenamiento sistemático adecuado (Blanco & Rodríguez, 2010).

Seguin (1846 Blanco & Rodríguez, 2010) publicó el primer trabajo sobre discapacidad intelectual, donde pretende demostrar la posibilidad de entrenar a las personas con discapacidad intelectual a través de un sistema educativo denominado “método fisiológico”, y subdivide la idiotia en tres categorías:

1. Idiotas: que comprendía probablemente a los individuos con discapacidad intelectual moderada, grave y profunda.

2. Imbéciles: aplicable a una persona levemente retrasada con defectos graves en su desarrollo social.
3. Débiles de espíritu o de mente

Consideró la idea de la curación para la discapacidad intelectual, veía el retraso mental como una infancia “prolongada”, a través del desarrollo de las funciones perceptivas antes de las conceptuales.

También definió la idiotez como una enfermedad del sistema nervioso que tiene como radical efecto la separación entre todos o una parte de los órganos y facultades del niño, por un lado, y el control regular de su voluntad, por otro, con lo que queda abandonado a sus instintos y aislado del mundo. El “idiota” típico es un individuo que no sabe nada, nada piensa, y nada desea, y cada “idiota” se aproxima más o menos a la incapacidad (Gómez et al, 2008).

Seguin (1849 en Blanco & Rodríguez, 2010) se trasladó a Estados Unidos donde continuo su trabajo y creó varias escuelas para niños retrasados, fue presidente de la American Association on Mental Retardation.

Howe (1850 en González P, 2003) creó la primera escuela experimental para discapacitados.

Kraepelin (1915 en Blanco & Rodríguez, 2010) aborda la tarea de elaborar una clasificación de las enfermedades mentales, introduce el termino oligofrenia, que agrupa diferentes cuadros asociados a un desarrollo intelectual deficitario.

La Asociación Americana sobre Personas con Deficiencia Mental (AAMD) (1876 en Blanco & Rodríguez, 2010) ha tenido como uno de sus principales objetivos el lograr la delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con discapacidad intelectual.

A finales del s. XIX y s. XX el conocimiento científico comenzó a arrojar datos significativos para la comprensión de la discapacidad intelectual, de este modo la

discapacidad intelectual se diferenci6 de la enfermedad mental, se constatan diversas etiologías y diferentes grados de retraso, y a partir del desarrollo de los test de inteligencia, se unifican criterios diagn6sticos (Blanco & Rodr3guez, 2010).

En Estados Unidos (1910 en Garc3a & Peña, 2005, p.44) el Comit6 para la Clasificaci6n de los d6biles mentales de Primera American Association On Mental Deficiency, defini6 y clasific6 el nivel de retraso incorporado al t6rmino "moron" (estupidez) marcado por Goddard:

*"el termino d6bil metal se emplea generalmente para designar todos los grados de discapacidad intelectual debidos a un desarrollo imperfecto o interrumpido seg6n la persona es incapaz de competir en t6rminos de igualdad con sus coet6neos normales o de controlar su persona y sus asuntos con regular prudencia"*

Tredglot (1937 en Verdugo M, 2002) propuso una de las concepciones cl6sicas al concebir el retraso mental como aquella persona incapaz de llevar una vida adulta independiente. Primero dividi6 las anormalidades de la mente en tres grupos:

- Alteraci6n mental
- Deterioro mental
- Desarrollo incompleto

Tambi6n mencion6 que la concepci6n de Retraso Mental incluye un desarrollo incompleto, ineducable (incapacidad de beneficiarse del sistema educativo ordinario), bajo CI, incapacidad para mantener una vida independiente y comportamiento global m6s adaptativo (Verdugo M, 2002)

Kanner (1957 en Verdugo M, 2002) estableci6 que el grado de debilidad mental estaba relacionado con el grado de dependencia social del sujeto.

Gold (1975 en Blanco & Rodr3guez, 2010) propuso la siguiente definici6n alternativa de retraso mental *"se refiere al nivel de funcionamiento que requiere la sociedad procedimientos de capacitaci6n muy por encima del promedio y ventajas superiores en la conducta adaptativa, a lo largo de la vida"*. Esta definici6n es la primera en resaltar la perspectiva del componente social frente a una perspectiva cl3nica.



La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) (1980 en Kaplan, Sadock & Grebb 1999) ha recomendado el término de subnormalidad mental, que engloba dos categorías: Retraso Mental (funcionamiento subnormal secundario a patologías subyacentes identificable) y deficiencia mental (CI inferior a 70), que es a menudo utilizado como término legal.

Luckasson en la AAMR (1992 en Blanco & Rodríguez, 2010) propuso la siguiente definición *“el retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales del funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación”*:

- *Comunicación*
- *Autocuidado*
- *Vida en el hogar*
- *Habilidades sociales*
- *Utilización de la comunidad*
- *Autodirección*
- *Salud y seguridad*
- *Habilidades académicas funcionales*
- *Tiempo libre y trabajo.*

*El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad” (Luckasson 1992 en Blanco & Rodríguez, 2010, p.21).*

Este autor también menciona que para diseñar un adecuado sistema de apoyos para personas con discapacidad intelectual, es necesario conocer previamente cuáles son las dimensiones que pueden estar afectadas y por lo tanto requerir de determinados apoyos.

A continuación se expone el modelo teórico propuesto por Luckasson y cols. (2002 en Verdugo M 2002) (ver Figura 1):

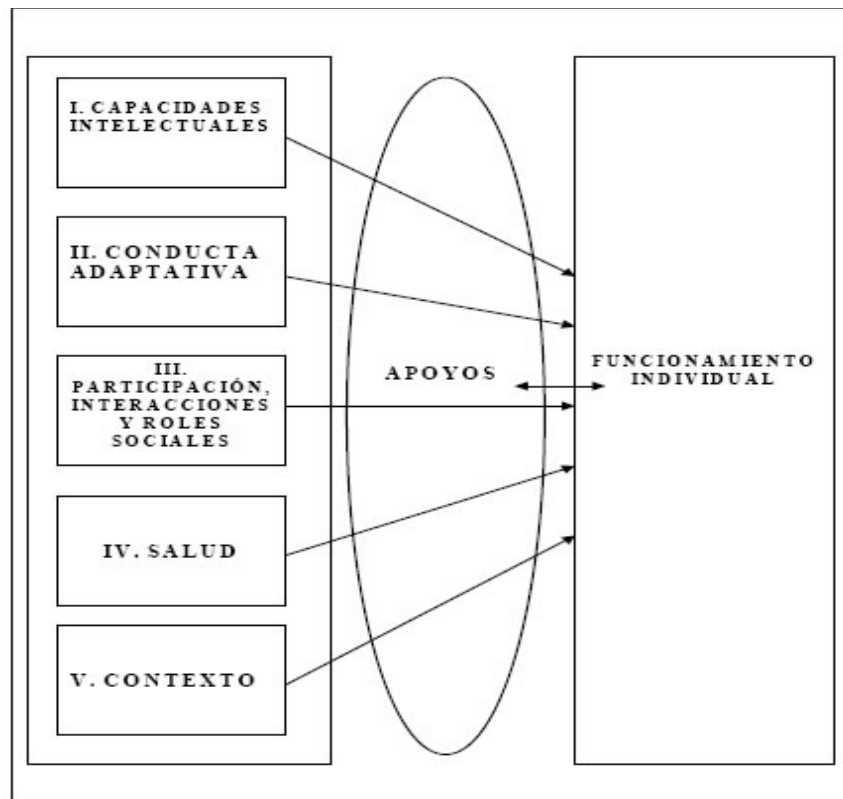


Figura 1. Modelo teórico del Retraso Mental (Luckasson y cols., 2002 en Verdugo 2002)

- Dimensión I: Capacidades intelectuales. La inteligencia está relacionada con la capacidad de planificación, razonamiento, resolución de problemas, abstracción de pensamiento, aprendizaje.
- Dimensión II: Conducta adaptativa. Ésta se define como el “conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria”. Estas habilidades tienen una importancia vital para un funcionamiento adecuado en la vida diaria (Verdugo M. & Bermejo B. 1998).
- Dimensión III: Participación, interacciones y roles sociales. Esta dimensión destaca la importancia de la participación en la sociedad de la cual se es parte y las interacciones con las otras personas (Verdugo, M & Schalock R 2003 ).

- Dimensión IV: Salud (física, mental y etiología). Esta dimensión también tiene un rol fundamental, pues la salud y el bienestar o cualquier alteración de los mismos influyen en las otras áreas. Además es en esta dimensión donde aparece la dificultad que pueden presentar las personas con discapacidad para reconocer y comunicar problemas de salud física y mental (Verdugo, M & Schalock R 2003).
- Dimensión V: Contexto. Considera el ambiente y la cultura. Describe los ámbitos en los cuales una persona se desenvuelve en su vida diaria desde una perspectiva ecológica.

En la décima revisión del CIE-10 (2000) se definió al retraso mental como una condición del desarrollo detenido o incompleto de la mente, que supone una alteración en el desarrollo de habilidades que contribuye al nivel total de inteligencia (lingüísticas, motoras, sociales y cognitivas).

El DSM 5 (2013) sostiene que la Discapacidad Intelectual se caracteriza por un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia.

En los criterios diagnósticos del DSM V (2013) se sustituye el término de “retraso mental” que aparece en el DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2002), por el de Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI).

### **2.3 Etiología**

De acuerdo al Consejo Nacional para prevenir la Discriminación (Conapred, 2009) menciona los siguientes factores que actúan en la deficiencia mental, los cuales son:

- Factores genéticos: los involucrados en el síndrome de Down, o hereditarios incluyendo la enfermedad de Tay-Sachs.
- Factores adquiridos, ya sean congénitos o del desarrollo: Los congénitos se pueden dividir en tres grupos:

- ✓ los metabólicos (como el hipotiroidismo neonatal)
  - ✓ los tóxicos (como el envenenamiento por plomo o el síndrome alcohólico fetal)
  - ✓ las infecciones ( rubéola, sífilis o toxoplasmosis)
- Factores causales: están relacionados al desarrollo pueden tener lugar en el periodo prenatal (por la diabetes incontrolada o la desnutrición intrauterina, entre otras), en el periodo perinatal (los ejemplos serían el sufrimiento fetal prolongado con anoxia neonatal o la asfixia relacionada con sofocación o en el periodo posnatal, como las infecciones (encefalitis y meningitis, entre otras).
  - Factores ambientales y socioculturales: especialmente relacionados con la pobreza, escasa y deficiente atención médica prenatal, perinatal y posnatal, maternidad en el periodo de adolescencia, inestabilidad familiar, etc.

Por su parte Nichcy (2010) menciona que las causas de la Discapacidad Intelectual son las siguientes:

- Ψ Condiciones genéticas. A veces la Discapacidad Intelectual es causada por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen síndrome de Down y phenylketonuria (PKU).
- Ψ Problemas durante el embarazo. La Discapacidad Intelectual puede resultar cuando el bebé no se desarrolla apropiadamente dentro de su madre. Por ejemplo, puede haber un problema con la manera en la cual se dividen sus células durante su crecimiento. Una mujer que bebe alcohol o que contrae una infección como rubéola durante su embarazo puede también tener un bebé con una discapacidad intelectual.
- Ψ Problemas al nacer. Si el bebé tiene problemas durante el parto, los cuales pueden ser :
  - I. Parto prematuro, cuando el trabajo comienza antes de las 37 semanas completas al embarazo
  - II. Problemas con el cordón umbilical

- III. Problemas con la posición del bebe
  - IV. Lesión al nacer
  - V. Que no esté recibiendo suficiente oxígeno
  - VI. Infecciones durante el embarazo
- Ψ Problemas de la salud. Algunas enfermedades tales como tos convulsiva, varicela, o meningitis pueden causar una discapacidad intelectual. La discapacidad intelectual puede también ser causada por malnutrición extrema (por no comer bien), no recibir suficiente cuidado médico, o por ser expuesto a venenos como plomo o mercurio.

## **2.4 Epidemiología**

Conapred (2009) menciona que la Discapacidad Intelectual es una condición de enorme impacto social, porque afecta a las personas que la experimentan, así como también a su familia y a la sociedad en su conjunto.

Por otra parte Márquez et al (2011) mencionan que a nivel mundial se señala que la Discapacidad Intelectual es frecuente, con un alto impacto en el funcionamiento intelectual y una prevalencia aproximada del 1-4 %.

En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores tales como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, la prematurez, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y la pobreza que han sido superados en países desarrollados.

Así también Conapred (2009) menciona que en México, de acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social y con datos del INEGI, existen entre 1-2 millones de personas que viven con discapacidad intelectual.

En cuanto a México se puede decir que la Discapacidad Intelectual alcanzó al 5.1% de la población total es decir, 5 millones 739 mil 270 mexicanos presentan Discapacidad Intelectual. Márquez et al (2011).

## 2.5 Características

De acuerdo con la Conapred (2009) la Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas.

Por esta razón, para el estudio de la discapacidad intelectual, de acuerdo con la AAMR, deben considerarse cinco dimensiones:

- 1.) Aptitudes intelectuales
- 2.) Nivel de adaptación (conceptual, práctico, social);
- 3.) Participación, interacción y redes sociales
- 4.) Salud física y mental así como la etiología de la discapacidad intelectual
- 5.) Contexto social más amplio (medio ambiente, cultura, oportunidades).

Las características que llegan a presentar las personas con Discapacidad Intelectual de acuerdo a Luque P & Luque R (2016) menciona las siguientes características:

- ✚ Cognitivas: distinto grado de limitación o trastorno en las funciones mentales básicas (atención, percepción, memoria, imitación), dificultad en la abstracción y simbolización, alteraciones en las funciones metacognitivas (autocontrol y planificación), limitación en las experiencias de la vida cotidiana.
- ✚ Autonomía: lentitud en la adquisición de destrezas psicomotoras básicas para los hábitos de aseo, higiene, vestido y alimentación.
- ✚ Desarrollo personal: pasividad y dependencia del adulto, menor grado de control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, comportamientos estereotipados, dificultades de adaptación a situaciones nuevas, Baja confianza en sí mismos y baja autoestima.
- ✚ Interacción social: menor iniciativa en las interacciones, gran dependencia a los adultos, limitaciones en el aprendizaje espontáneo de las habilidades sociales.

Por lo tanto el DSM 5 (2013) menciona que la Discapacidad Intelectual tiene una relación con los trastornos neurocognitivos mayores y leves, trastornos de comunicación y el trastorno específico del aprendizaje y trastorno del espectro autista.

El DSM 5 (2013) menciona que se deben cumplir las siguientes características:

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares del desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.

También el DSM 5 (2013) menciona otras características principales de la discapacidad son las siguientes:

- Ψ Deficiencias de las discapacidades mentales generales y las que afectan el funcionamiento adaptativo cotidiano, en comparación a los sujetos de igual edad, género y nivel sociocultural
- Ψ El inicio se produce durante el periodo de desarrollo
- Ψ El diagnóstico de discapacidad intelectual se basa tanto en la evaluación clínica como en las pruebas estandarizadas de las funciones intelectuales y adaptativas.

De acuerdo con el CIE 10 (2000) las características de la Discapacidad Intelectual son las siguientes:

- El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global

de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

- Puede acompañarse o no de cualquier otro trastorno somático o mental
- Los grados de retraso mental se estiman generalmente mediante test de inteligencia estandarizados, los cuales se complementan de escalas que miden la adaptación social en un entorno determinado.
- Su capacidad intelectual y su adaptación social pueden cambiar a través del tiempo y, aunque limitadas pueden mejorar como resultado del entrenamiento y la rehabilitación.

## **2.6 Diagnóstico**

A la hora de realizar cualquier tipo de evaluación, es importante tener en cuenta múltiples aspectos, Rodríguez-Sacristán y Buceta (1995 en Ruiz S, 2016) plantean algunas consideraciones en la evaluación de personas con discapacidad intelectual:

- Tener en cuenta las características personales de quien va a ser evaluado
- Realizar una revisión previa de la información que se tiene acerca de la persona
- Recoger información de distintas fuentes: familia, entorno.
- Integrar toda la información obtenida, para realizar un “juicio global”
- Planificar una intervención adecuada
- Reevaluar tras la intervención.

González-Pérez (2003 en Ruiz S, 2016) añade algunos aspectos más a los anteriores, tales como:

- Los instrumentos a utilizar deben ser aplicables a la población objeto de la evaluación.
- Las evaluaciones deben ser realizadas por profesionales cualificados.
- El diagnóstico debe ser multifactorial, es decir, no basarse en un solo criterio, como por ejemplo, el CI.



- Realizar evaluaciones periódicas para confirmar o corregir juicios previos.

En los últimos años, con la mejora de las técnicas de exploración neuropsicológica, está adquiriendo relevancia el uso de pruebas de evaluación basadas en la cognición y en el fundamento neurológico que sustente las distintas funciones intelectuales.

Caballero R (2008) menciona que existen diferentes procedimientos para la evaluación de las principales áreas de diagnóstico, especialmente para las aptitudes intelectuales, la conducta adaptativa, y los trastornos psicológicos asociados a la deficiencia mental estos son:

- La entrevista
- La observación directa
- Los registros
- Pruebas psicométricas

Con estos procedimientos y en base a los criterios de diagnóstico, se puede establecer un diagnóstico correspondiente, cabe destacar que el retraso mental se diagnostica cuando un individuo no alcanza los hitos esperados del desarrollo en varias áreas del funcionamiento intelectual.

Es importante efectuar una evaluación médico-genética ampliada en caso de que se sospeche una etiología de esta naturaleza, así como de los elementos personales, familiares y comunitarios que pueden ayudar el desarrollo del paciente y modificar los que pudieran perjudicarlo.

Respecto a la identificación y diagnóstico de la Discapacidad Intelectual de origen genético, los elementos que debe de tomar un profesional de la salud son los siguientes:

- Realizar una historia clínica cuidadosa haciendo énfasis en los antecedentes familiares/ genéticos
- Realizar un examen físico el cual consiste en revisar perfectamente al individuo y detectar datos que salen de la norma y que no son rasgos familiares los cuales son:

- La medición del perímetro cefálico
- La medición de la talla
- La identificación de características generales anómalas tales como las dismorfias de tipo facial ( ojos separados, torax hundido, dedos que no se separen)

Es preciso señalar que la historia clínica y el examen físico siguen siendo los instrumentos de evaluación más importantes (Caballero R, 2008).

Por ello para los criterios diagnóstico que nos basamos son los del DSM 5 (2013), el cual menciona lo siguiente:

***Criterios Diagnósticos del DSM 5 (2013) para la Discapacidad Intelectual***

- I. Nivel de Discapacidad Intelectual: Leve (50-55 y aproximadamente 70)
  - A. Dominio conceptual: En los niños de edad escolar y en los adultos existen dificultades en el aprendizaje de las aptitudes académicas relativas a la lectura, escritura, la aritmética, el tiempo y el dinero, y se necesita ayuda de uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En los adultos existe alteración del pensamiento abstracto de la función ejecutiva (planificación, la definición de estrategias, la determinación de prioridades y la flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las aptitudes académicas (leer, manejar dinero). Existe un enfoque algo concreto de los problemas y las soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.
  - B. Dominio social: En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales, puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son los más concretos o inmaduros de lo esperado a su edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada para la edad, existe una comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para la edad.
  - C. Dominio práctico: El individuo puede funcionar de forma apropiada para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con las tareas complejas de

la vida cotidiana en comparación con sus iguales. En la edad adulta, la ayuda implica normalmente la compra, el transporte, la organización doméstica, la preparación de alimentos y la gestión bancaria y el dinero. Las habilidades recreativas son similares a los de los grupos de la misma edad, aunque necesita ayuda respecto al juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y para aprender a realizar de manera competente una ocupación que requiera habilidad.

II. Nivel de discapacidad Moderado (entre 35-40 y 50-55)

- A. Dominio conceptual: Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación de sus iguales, en los niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas y la comprensión de tiempo y dinero se producen lentamente a lo largo de los años escolares y esta notablemente reducido en comparación a sus iguales. En los adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas esta típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo, en la vida personal. Se necesita ayuda continua a diario para completar las tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otras personas podrán encargarse de la totalidad de las responsabilidades del individuo.
- B. Dominio social: El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo, el lenguaje hablado es típicamente el principal instrumento de comunicación social , pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y amigos, y el individuo puede tener relaciones satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones relaciones sentimentales en la vida adulta, sin embargo estos individuos podrían no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad, que normalmente se desarrolla con los compañeros, con frecuencia está afectada por limitaciones de la comunicación o sociales. Para tener éxito en el trabajo es necesario una ayuda social y comunicativa importante.

C. Dominio práctico: El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer y vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un periodo largo de tiempo y aprendizaje para que el individuo sea autónomo en estos campos, y podría necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar, podría participar en todas las tareas domésticas de la vida adulta, aunque se necesita un periodo largo de aprendizaje y se requiere de ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento de adulto, podrá asumir encargos independientes en los trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita de ayuda considerable de sus compañeros y supervisores, para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y las responsabilidades complementarias, como la programación, el transporte, los beneficios sanitarios y la gestión del dinero. Estas personas necesitan normalmente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un periodo de tiempo largo.

### III. Nivel de Discapacidad intelectual Grave (entre 20-25 y 35-40)

- A. Dominio conceptual: Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de los conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de los problemas durante toda la vida.
- B. Dominio social: el lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras o frases sueltas y se puede complementar con medios potenciadores. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual, las relaciones con los miembros de la familia y con otros parientes son fuente de placer y ayuda.
- C. Dominio práctico: el individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y realizar las funciones excretoras, el individuo necesita supervisión constante. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre el bienestar propio y el de otras personas. En la vida adulta, la

participación en tareas domésticas de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica aprendizaje a largo plazo y con ayuda constante. En una minoría importante existen comportamientos inadaptados, incluidas las autolesiones.

#### IV. Nivel de Discapacidad Intelectual Profundo (inferior a 20-25)

- A. Dominio conceptual: Las habilidades conceptuales se refieren generalmente al mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede utilizar objetos específicos para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Se pueden haber adquirido algunas habilidades viso espaciales, como la concordancia y la clasificación basada en las características físicas. Sin embargo, la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir el uso funcional de los objetos.
- B. Dominio social: El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante la comunicación no verbal y no simbólica. El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, con los cuidadores y con otros parientes e inicia y responde a las interacciones sociales mediante señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.
- C. Dominio práctico: El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades. Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, las acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas de las actividades vocacionales con un alto nivel de ayuda continua, la existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación en las actividades domésticas, recreativas y vocacionales. En una minoría importante existen comportamientos inadaptados.

El dominio conceptual (criterio A), se refiere a las funciones intelectuales que implican el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, etc. Los individuos con discapacidad intelectual tienen puntuaciones aproximadamente de 2 desviaciones estándar o más por debajo de la media poblacional, incluido un margen para errores en la medición (generalmente,  $\pm 5$  puntos). En las pruebas con una desviación estándar de 15 y una media de 100, esto supone una puntuación de 65-70, son necesarias la experiencia y la valoración clínicas para interpretar los resultados de las pruebas y el rendimiento intelectual.

Las deficiencias del funcionamiento adaptativo (criterio B) se refieren a la habilidad de la persona para alcanzar los estándares de la comunidad respecto a la autonomía personal y responsabilidad social, el funcionamiento adaptativo implica el razonamiento adaptativo en 3 dominios: conceptual, adaptativo y práctico.

El dominio conceptual (académico) implica la competencia en memoria, lenguaje, lectura, escritura y razonamiento matemático, adquisición de conocimientos.

El dominio social (criterio B); implica la conciencia de los pensamientos, sentimientos y experiencias de los demás, la empatía, las habilidades para la comunicación interpersonal, las habilidades para hacer amigos y el juicio social.

El dominio práctico (criterio C); implica el aprendizaje y la autosugestión en diferentes situaciones vitales, como el cuidado personal, las responsabilidades del trabajo, la gestión del dinero, el ocio, la autogestión del comportamiento.

El criterio C, el inicio durante el periodo del desarrollo, se refiere al reconocimiento de que existe deficiencia intelectual y adaptativas durante la infancia y la adolescencia (pp: 33-36).

## ***Criterios diagnósticos del CIE-10 (2000) para la Discapacidad Intelectual***

### ❖ Retaso mental leve

El C.I se encuentra aproximadamente en un rango de 50-69 (en adultos con una edad mental de nueve a doce años). Suele acompañarse de dificultades de aprendizaje en el colegio. Muchos adultos pueden ser capaces de trabajar, mantener buenas relaciones y contribuir a la sociedad.

Incluye: Debilidad mental y Subnormalidad mental leve

### ❖ Retraso mental moderado

El CI aproximado se encuentra en el rango de 35-49 (en adultos con una edad mental de seis a nueve años). Suele acompañarse de retrasos importantes del desarrollo en la infancia, aunque la mayoría pueden desarrollar cierto grado de independencia en el cuidado propio y adquirir una comunicación adecuada y algunas habilidades escolares. Los adultos pueden necesitar grados variables de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.

Incluye: Subnormalidad mental modera

### ❖ Retraso mental grave

El CI aproximado se encuentra en el rango de 20-34 (en adultos con una edad mental de tres a seis años). Se necesita un apoyo continuo.

Incluye: Subnormalidad mental grave.

### ❖ Retraso mental profundo

El CI se encuentra por debajo de 20 (en adultos con una edad mental menor de tres años). Se produce una limitación importante para cuidar de sí mismo, controlar esfínteres, comunicarse y moverse.

Incluye: Subnormalidad mental profunda.

### ❖ Retraso mental no especificado

Incluye: Debilidad mental sin especificar y Subnormalidad sin especificar

## **2.7 Evaluación**

En la actualidad González P (2003) menciona que existen una gran variedad de instrumentos disponibles para realizar la evaluación psicológica, ahora bien no todos

ellos cumplen con los requisitos necesarios para ser considerados como válidos. Debemos de contar con instrumentos adecuados, con suficiente consistencia interna en cuanto a fiabilidad y validez, para que permitan predecir los errores de medida, haciendo más fiable los resultados.

En el diagnóstico de la Discapacidad Intelectual se hace el énfasis en la medición precisa del Coeficiente Intelectual (CI) con instrumentos como la Escala de Wechsler de inteligencia para niños (WISC) y del nivel adaptativo con escalas como el Vineland.

A continuación se mencionan los instrumentos que se utilizan para diagnosticar la Discapacidad Intelectual los cuales son:

Wechsler (1944 en González P 2003) menciona que desarrollo un test de inteligencia para todas las edades, definió la inteligencia como “la capacidad para actuar con un propósito concreto, pensar racionalmente y relacionarse eficazmente con el ambiente”.

Por lo cual la Edad Mental mide la maduración de ciertos comportamientos adquiridos por la persona en el momento que se realiza el test y el Coeficiente Intelectual constituye la base del diagnóstico de la discapacidad intelectual y en su particular a su clasificación en niveles de gravedad.

Los instrumentos que se utilizan para evaluar la inteligencia, entre los test más utilizados son el Stanford-Binet y las Escalas de Wechsler (González P, 2003).

Las escalas de Wechsler tienen la finalidad de evaluar la inteligencia y obtener información clínica sobre la organización de la conducta, se aplica de manera individual, en un tiempo variable de 90 a 120 minutos. Las tres escalas de Wechsler (1996,1999 en González P, 2003) son:

- Ψ WPPSI Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria aplicable a niños de 4 a 6 años.
- Ψ WISC-IV Escala de intervención de Wechsler para Niños, aplicable de niños de 6 a 16 años



- Ψ WAIS-III Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos, aplicable de 16 a 94 años.
- Brunet-Lezine (1978 en González P, 2003) se utiliza para niños de 0 a 3 años y es considerada como una prueba de escala de desarrollo, está formulada por dos subescalas (una experimental aplicada por el psicólogo y otra de observación del comportamiento en la vida cotidiana) en esta escala se valoran el control postural y motricidad, coordinación oculomotora y conducta de adaptación, lenguaje, relaciones sociales y personales.
  - Stanford- Binet IV(1990 en González P, 2003) utilizada en niños mayores de dos años y en adultos con retraso mental severo, en esta escala se evalúa la ejecución verbal, se ven factores tales como razonamiento verbal, razonamiento cuantitativo, razonamiento abstracto/visual y memoria a corto plazo.
  - WAIS III (1991) esta escala es equivalente a la anterior pero se dirige a individuos de 16 años a 89 años.
  - Cognitive Assesment System CAS (Naglieri y Das, 1997 en González P, 2003) escala usada para personas entre 5 y 17 años, se basa en el concepto de inteligencia multidimensional, a diferencia de los anteriores, contiene escalas de planificación, atención y procesamiento simbólico y sucesivo. Cada uno arroja una puntuación de CI y existe además una puntuación global.
  - Test Gestáltico Visomotor de Laurretta Bender, sirve para conocer el patrón de desarrollo, la maduración de cada individuo y el estado patológico funcional u orgánicamente del individuo (González P, 2003).

### *Evaluación de la conducta Adaptativa*

Por conducta adaptativa, nos podemos referir a la calidad de las ejecuciones diarias en respuesta a las demandas ambientales, esta se refiere a lo que las personas hacen para cuidar de sí mismas y para relacionarse con otros en la vida diaria (González P, 2003).

Para González P (2003) la evaluación de la conducta adaptativa tiene como función determinar el grado con el que las personas funcionan independientemente y el grado con el que responden de forma satisfactoria a las demandas de responsabilidad personal

y social, las limitaciones de la conducta adaptativa se valoran según la edad de desarrollo.

Blanco & Rodríguez (2010) menciona otras escalas para la evaluación de la conducta adaptativa:

- ❖ Adaptive Behavior Scales (ABS) (Nihira et al, 1993 en Blanco & Rodríguez, 2010) inventario que aborda diferentes áreas o dominios del funcionamiento adaptativo, se aplica en personas con retraso mental y problemas emocionales, con edades comprendidas entre los 3 y 69 años. Permite evaluar 18 áreas, de las cuales 10 se refieren a habilidades de afrontamiento y el resto a conducta social.
- ❖ Scales of Independent Behavior.Revised (CTAB-R) (Adams, 1999 en Blanco & Rodríguez, 2010) es utilizado para evaluar la capacidad de funcionar independientemente en diferentes entornos.
- ❖ El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad por la Organización Mundial de la Salud (2010) WHO DAS 2.0 es un instrumento genérico y práctico que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica, su aplicación es de 5 a 20 min, es aplicable tanto en entornos clínicos como en poblacionales y está directamente vinculada al nivel de los conceptos que maneja la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). (OMS 2010). Dicho instrumento capta el funcionamiento de seis dominios básicos en la vida los cuales son los siguientes (ver figura 2):

Dominios		Definición
<b>Dominio 1</b>	Cognición–comprensión y comunicación.	Evalúa la comunicación y las actividades de pensamiento; las áreas específicas evaluadas incluyen la concentración, los recuerdos, la resolución de problemas, el aprendizaje y la comunicación.
<b>Dominio 2</b>	Movilidad–movilidad y desplazamiento	Evalúa actividades tales como pararse, moverse adentro del hogar, salir del hogar y caminar largas distancias.
<b>Dominio 3</b>	Cuidado personal–cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo.	Evalúa la higiene, y si puede vestirse, comer y quedarse solo.
<b>Dominio 4</b>	Relaciones–interacción con otras personas.	Evalúa la interacción con otras personas y las dificultades que pudieran surgir en este dominio debido a una condición de salud. En este contexto, "otras personas" incluye aquellas conocidas íntimamente o con profundidad (por ejemplo, cónyuge o pareja, miembros de la familia o amigos cercanos) y a aquellas no conocidas con profundidad (por ejemplo, desconocidas).
<b>Dominio 5</b>	Actividades cotidianas–responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela.	Evalúa la dificultad en las actividades diarias (es decir, las realizadas por las personas la mayoría de los días, entre las que se encuentran aquellas relacionadas con las responsabilidades domésticas, el tiempo libre, el trabajo y la escuela).
<b>Dominio 6</b>	Participación–participación en actividades comunitarias y en la sociedad.	Evalúa las dimensiones sociales, tales como las actividades comunitarias; las barreras y los obstáculos en el mundo que rodea a la persona entrevistada; y los problemas con otras cuestiones, como el mantenimiento de la dignidad personal. Las preguntas no se refieren necesariamente ni solamente al componente de la participación de la CIF como tal, sino que también incluyen varios factores contextuales (personales y ambientales) afectados por la condición de salud.

Figura 2. Dominios básicos del instrumento WHO-DAS 2.0. (OMS, 2010)

## 2.8 Tratamiento

El tratamiento tiene que ser multidisciplinario, se deben de tratar los padecimientos físicos y neurológicos, las deficiencias cognitivas y conductuales, los problemas emocionales y dar apoyo a la familia, se debe de lograr que tenga un funcionamiento autónomo en habilidades de autocuidado y comunicación, promover el aprendizaje, darle responsabilidades, para que esto contribuya a la independencia y a la mejora de la autoestima.

Márquez et al (2011) menciona que el tratamiento integral de la Discapacidad Intelectual abarca intervenciones médicas, psicológicas, educativas y sociales.

- Intervenciones médicas: existen algunas guías para el diagnóstico de los errores innatos del metabolismo (EIM). Las condiciones médicas asociadas pueden justificar estudios adicionales de la función auditiva visual o metabólica.
- Intervención psicosocial: una de las metas de este tipo de intervención consiste en la aceptación de esta condición y la advertencia de las dificultades inherentes a la Discapacidad Intelectual, en términos intelectuales y, particularmente adaptativos. El desarrollo temprano de habilidades permitirá lograr la inclusión en la comunidad con una mejor calidad de vida, de ahí que el objetivo terapéutico se oriente a la autosuficiencia en la comunicación, habilidades de la vida cotidiana y la socialización en las relaciones interpersonales, juego y tiempo libre.

- En cuanto a la intervención psicológica incluye técnicas de modificación conductual, la terapia de apoyo y otras intervenciones psicológicas como los tratamientos que favorecen la comunicación y el lenguaje, en cuanto al tratamiento de tipo psicológico se recomienda una meta más orientada a la adaptación funcional de la comunidad con énfasis en el bienestar emocional y la calidad de vida.
- La intervención social y educativa implica reconocer que el Retraso Mental es una discapacidad que impacta en la adaptación familiar y comunitaria que el niño desarrolla. La inserción escolar oportuna debe tenerse como meta prioritaria asociada a la mejoría de la calidad de vida

Márquez et al (2011) menciona los tipos de intervención que se aplica con personas con Discapacidad Intelectual son los siguientes:

- Ψ Técnicas del Análisis Conductual Aplicada (ACA): se enfoca en la disminución de conductas inapropiadas las cuales son autoagresión, agresión a otros, impulsividad.
- Ψ Terapia cognitivo conductual (TCC) en la intervención se trabajan problemas emocionales (ansiedad y depresión) y control del enojo.
- Ψ Terapia ocupacional: consiste en la formación de capacidades sociales, habilidades y patrones de funcionamiento, aspectos del ambiente y del contexto.
- Ψ Terapia de comunicación y de lenguaje: mejora las estrategias de comunicación y del manejo de lenguaje (expresivo, receptivo y escrito)
- Ψ Educación especial: consiste en disminuir la barrera para el aprendizaje y la participación, promover la inclusión social y la integración educativa.

Respecto a la intervención farmacológica en los problemas psiquiátricos asociados, es necesario puntualizar que los fármacos no curan la Discapacidad Intelectual pero representan un gran apoyo, especialmente si su uso se combina con técnicas psicológicas específicas (Márquez et al, 2011).

Márquez et al (2011), menciona que para el tratamiento farmacológico, los fármacos más utilizados son los siguientes:

- ❖ Los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, valproato) como agentes que aminoran los síntomas de excitación psicomotriz, de automutilación y de agresividad.
- ❖ El metilfenidato y la atomoxetina se indican para el control de la hiperactividad y el déficit de atención.
- ❖ La mayoría de los trastornos del sueño en los niños con este trastorno pueden mejorarse con enfoques conductuales que promueven hábitos de higiene del sueño y reducción de reforzadores negativos, en caso de que las medidas conductuales no los mejoren se recomienda el uso de melatonina.
- ❖ Finalmente los antidepresivos como los inhibidores de la recaptura de la serotonina (sertralina y fluoxetina) se recomiendan en el tratamiento de la depresión/ansiedad.

Madrigal A (s.f) menciona que el tratamiento debe abordarse desde una perspectiva multiprofesional que no descuide los distintos aspectos del desarrollo (afectivos, educativos y psicosociales) afianzando las capacidades potenciales y evitando el deterioro de aquellas aptitudes en las que se aprecie un retraso en el desarrollo.

De acuerdo con Madrigal A (s.f) el tratamiento debe adecuarse a las características de cada persona teniendo en cuenta el grado de retraso intelectual y los problemas asociados, por lo cual describe algunos tratamientos que son utilizados los cuales son:

- Terapia Ocupacional cuya finalidad es el desarrollo de las habilidades necesarias para desenvolverse con autonomía en la vida diaria (vestirse, comer, usar el baño).
- Logopedia cuyo propósito es eliminar o compensar las alteraciones lingüísticas y de la comunicación que se dan en las personas, estimula las capacidades

conservadas y el desarrollo de destrezas nuevas para lograr un habla lo más inteligente posible.

- Musicoterapia: Es la utilización de música y de estrategias musicales de forma estructurada con el fin de producir cambios en los patrones de conducta. Se parte de la premisa que tenemos un cerebro musical, situado en el hemisferio derecho, sobre el que los sonidos rítmicos ejercen una gran influencia. La música con fines terapéuticos tiene importantes beneficios sobre los aspectos emocionales y motivacionales, la salud física, las funciones cognitivas y sensorio motoras, estas sesiones se pueden de manera individual o en grupo.
- Terapias asistidas con animales :Es una interacción con animales, el contacto con animales domésticos tiene efectos beneficiosos sobre su estado físico y emocional, las aptitudes intelectuales, las capacidades y las habilidades sociales, estas relaciones con los animales puede hacer disminuir el ritmo cardiaco, calmar a los niños con alteraciones emocionales, o fomentar la comunicación con personas poco comunicativas, las modalidades utilizadas con mayor frecuencia son: equino terapia , Delfino terapia , Terapias con mascotas las cuales pueden ser el caballos y perros,(Madrigal A; s.f).
- Terapias artísticas (danza, teatro, etc.): Estas terapias conciben el tratamiento de una manera integral, trabajando los aspectos físicos, psicológicos, psicopedagógicos, sociales y artísticos de la persona, el componente lúdico y creativo de este tipo de terapias contribuye a aumentar la autoestima y las habilidades sociales de las personas.

### 2.8.1 Tratamiento con la familia

De acuerdo con Guevara y González (2012) es importante trabajar con las familias en el ámbito de atención temprana, por lo que deben de identificar al menos tres etapas o modelos en el trato que los profesionales tienen que trabajar con las familias:

- Modelo Psicoterapéutico: Se considera al nacimiento del hijo con problemas, que podía ayudar a los padres.

□ Modelo de formación de padres: Se asumía que los padres debían de aprender un conjunto de habilidades para trabajar en casa bajo la orientación y control profesional, los padres eran considerados como complemento necesario del quehacer profesional.

□ Modelo de colaboración con los padres: se establece una clara ruptura conceptual de las anteriores, que apunta la dirección a seguir en el futuro, Es por todo ello que parece oportuno insistir de nuevo en la importancia y trascendencia del trabajo con las familias, desde una perspectiva orientada al progreso y a la calidad de vida de las familias con algún hijo con dificultades en su desarrollo.

De acuerdo a Fantova F. (s.f) los tipos de intervención para padres con personas con Discapacidad Intelectual son los siguientes

- Información y Orientación: atender las demandas de los padres y brindarles atención individualizada para ayudar a los padres y familiares, a la toma de decisiones y actuación en todo lo que tenga que ver con personas con discapacidad intelectual.
- Apoyo emocional: Programa que se llama “PADRE A PADRE” encuentro entre padres de personas con discapacidad, contar sus propias experiencias, así como dar apoyo a los padres “nuevos” en el ámbito de la discapacidad intelectual.
- Terapia familiar: se le da un apoyo a toda la familia, para tratar de llevar una mejor relación familiar, entender como brindar las herramientas y el apoyo necesario a su hijo, para que pueda desarrollarse en un ambiente favorable.
- Modificación conductual: es uno de los tratamientos más utilizados en niños que padecen retraso mental, entre las técnicas más utilizadas están el reforzamiento positivo, castigo y aprendizaje social.

## **CAPÍTULO III VIDA INDEPENDIENTE EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES**

### **3.1 ¿Qué es la vida independiente?**

Puyalto (2016 en Fine, M & Glendinning C, 2005), menciona que la independencia de una persona depende de la posibilidad de tomar decisiones por uno mismo, por lo tanto una persona adquiere independencia y autonomía cuando tiene el control sobre su pensamiento y acciones, por lo tanto una persona es independiente cuando “no depende de nadie” que es “autónoma”.

Por otra parte García J (2003 en Ruiz S, 2016) menciona que el concepto de independencia se utiliza para indicar que algo o alguien han dejado de ser dependiente de otro, indica el control sobre su propio destino., con esta idea, podemos decir que es la voluntad de asumir responsabilidades, tener el control sobre su propia vida y tener una participación en la vida social, tener igualdad de oportunidades, plena participación y libertad individual.

El concepto de independencia se utiliza para indicar que algo o alguien ha dejado de depender de otro, indica soberanía y control de su propio destino (García J, 2003).

De acuerdo con Townsley, Ward, Abbott & Williams (2010) mencionan que la vida independiente es de vital importancia para personas con Discapacidad, y es que representa ante todo el derecho a tener el mismo nivel de elección, decisión y libertad que cualquier otra persona.

Razka (1992 en Ruiz S, 2016) menciona que las definiciones que hacen referencia al concepto de vida independiente destacan por utilizar términos como: elección, control, libertad, igualdad.

### **3.2 Inicios de la Vida Independiente**

A continuación se dará una breve reseña del movimiento que surgió para que las personas con discapacidad pudieran ejercer su derecho de tener el propio control de su vida, derivado a esto surgió el “Movimiento de vida independiente” principalmente en



Estados Unidos, cabe mencionar que tanto en México como en Latinoamérica hay poca reseña acerca del movimiento o información del tema.

García J (2003) menciona que a principios de los años 60 empezaron a surgir organizaciones gestionadas por personas con discapacidad, la mayoría de estos grupos representaban a personas con diferentes tipos de discapacidad, y luchaban por conseguir calles, autobuses y trenes accesibles, oportunidades de empleo y educación, así como la capacidad de vivir en la comunidad con la asistencia que fuera necesaria.

A raíz de ser insuficientes estos apoyos, un grupo de estudiantes con discapacidad desarrollaron sus propios servicios de ayuda, este planteamiento supuso un gran salto pues hasta el momento las asociaciones o grupos de apoyo a personas con discapacidad estaban formados por personas sin discapacidad que ayudaban a otras personas con discapacidad (García J, 2003).

Roberts (1962 en García J, 2003) realizó la difusión de la filosofía de vida independiente del Movimiento que nació en Berkeley, cuando consiguió ser admitido en la Universidad de California, fue la primera persona con discapacidad que aplicó a su propia vida una filosofía de la vida independiente.

Ruiz S. (2016) menciona que en Estados Unidos, a finales de los años 60 y principios de los 70, se empezaron a crear organizaciones que evolucionaron y empezaron a tener influencia política en ámbitos locales, estatales y nacionales, estos grupos se convirtieron en organizaciones que se centraron en fortalecer a las personas con discapacidad para que se empezaran a aprobar leyes que empezaban a cambiar la base de nuestras comunidades.

El concepto de vida independiente apareció por primera vez en los años 70 en el siglo XX en Estados Unidos, siguiendo su adopción por los activistas con discapacidad motivado por la falta de atención y recursos que recibían las personas con algún tipo de discapacidad, surgió en los campus de las principales universidades norteamericanas y creado por personas con discapacidad, en su mayoría física, que trataban de acceder a los estudios universitarios (García J, 2003).

Como lo menciona García J (2003) lo que se conoció como el “Movimiento de Vida Independiente” americana emergió, en parte de la cultura de los campus de las universidades americanas y en parte de los repetidos esfuerzos de las organizaciones de personas con discapacidad americanas para influir en la legislación de los EEUU.

Las primeras medidas que se impulsaron en esta época estaban relacionadas con la creación de instituciones de caridad o colegios de educación especial.

Roberts (1972 en García J, 2003) junto con un grupo de personas con diferentes discapacidades, crearon el primer Centro de Vida Independiente (CIL, por sus siglas en inglés) en la Universidad de Berkeley, con el objetivo de hacer más accesible la universidad y promover que los estudiantes con discapacidad pudieran vivir de forma independiente en el campus con los apoyos y recursos necesarios.

El gobierno federal (1978 en García J, 2003) rectificó la Ley de Rehabilitación, añadiendo lenguaje legal y proporcionando fondos para la formación de centros de Vida Independiente.

García J (2003) menciona que no fue hasta 1981, con el Año de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, cuando comenzó la aparición de conceptos básicos como la autonomía y la autodeterminación.

Más adelante, en 1982, se estableció el Consejo Nacional de Vida Independiente (National Council on Independent Living NCIL), una asociación que actualmente representa a más de 700 organizaciones y que está dirigida por personas con discapacidad (García J, 2003).

Desde entonces, el Movimiento de Vida Independiente ha tenido como objetivo primordial la integración en todos los ámbitos de la vida de una persona con cualquier tipo de discapacidad, ya que cualquier persona debe tener el control de su propia vida, en la medida que le sea posible (Arnau, 2009 en Ruiz S, 2016).

De acuerdo con García J (2003) la filosofía del Movimiento Independiente se fundamenta principalmente de lo siguiente:

- Los Derechos humanos y Civiles.
- La autodeterminación (toma de decisiones)
- La posibilidad para ejercer poder sobre uno mismo
- La responsabilidad sobre la propia vida.

En Latinoamérica las primeras referencias en torno al concepto de vida independiente hacen referencia a la capacidad de las personas con discapacidad de hacer cosas por ellos mismos.

El concepto de vida independiente tal cual lo conocemos ahora, llegó a Latinoamérica a Brasil hasta finales de los 80, y fue gracias a personas con discapacidad que pudieron intercambiar experiencias con el Movimiento de Vida Independiente de Estados Unidos (García J, 2003).

Una de las iniciativas más relevantes de la Vida independiente, que genero gran impacto fue en Brasil, con la creación del primer centro de vida independiente en diciembre de 1988 (García J, 2003).

García J (2003) también nos menciona que en México se define a la vida independiente como una “integración social” en donde se refiere al hecho de que la población con discapacidad es una porción estratégica del propio desarrollo del país y que su participación social es vital para el enriquecimiento de la sociedad. Por tanto, significa que se les debe facilitar todos los recursos necesarios para adquirir las mismas oportunidades que tiene el resto de los miembros de la comunidad social.

De acuerdo con García J (2003) este movimiento, es un proceso que permite a las personas con discapacidad, por medio de sus organizaciones, aprender a vivir tan independientemente como sea posible e integrarse en las actividades de la vida diaria, como: la educación, la capacitación profesional, el trabajo, el ocio, la cultura, los deportes, etc.

### 3.3 Centros para una vida independiente

En este apartado se mencionara en qué consisten los centros de vida independiente, cual es la finalidad que tienen y el apoyo que les brinda a las personas con discapacidad para el desarrollo de una vida autónoma e independiente.

García J (2003) menciona que el Centro Nacional de Vida Independiente del Reino Unido lo define como una elección en donde la vida independiente significa ser capaz de vivir de forma que tu elijas, con la gente que tú elijas, significa tener posibilidad de elegir quien te ayuda y las formas en las que te ayudan, necesariamente de hacer cosas por ti mismo, se trata de tener control sobre tu vida en el día a día.

Como lo menciona García J (2003) algunos centros para la vida independiente utilizan las palabras “vida inclusiva” en lugar de vida independiente” para hacer énfasis en este concepto inclusivo., de acuerdo con este mismo autor nos menciona que los Centros de Vida Independiente (CIL) identificaron siete “necesidades básicas” para la vida independiente, utilizando un modelo social para analizar la sociedad, las cuales son:

- Información: conocer cuáles son tus opciones
- Apoyo de igual a igual: ánimo y guía de otras personas con discapacidad
- Alojamiento: lugar adecuado para vivir
- Equipamiento: ayuda técnicas para reducir la dependencia innecesaria de otros
- Asistencia personal: ayuda humana en las tareas diarias
- Transporte: llegar a donde necesitas ir
- Acceso al entorno: ir a donde van todos los demás van

Por lo tanto García J (2003) menciona que la filosofía de una vida independiente descansa en un simple sueño, que las personas con discapacidad vivan con base de igualdad que las personas sin discapacidad. .

Para ello el “*Movimiento de vida independiente*” menciona que es necesario tener el apoyo de un profesional que sirve como “*asistente personal*”, el cual se define como un conjunto de apoyos basados en servicios prestados por personas que ayudan a las personas con discapacidad en el desarrollo de determinadas actividades y en

determinados momentos, mediante el servicio del asistente personal pueden alcanzar niveles de comportamiento laboral, intelectual y social, similares a los de un conjunto de los ciudadanos, un ejemplo de esto sería en la realización de las tareas del hogar, la higiene personal, la comunicación, el desarrollo de un puesto de trabajo, el ocio, etc. (García J, 2003).

El objetivo del “asistente personal” es capacitar a la persona con discapacidad para mejorar su calidad de vida, mejorando su independencia respecto a sus familias, favorecer la inclusión social y productiva.

El servicio del asistente personal apoya la vida independiente de personas con discapacidad en el sentido de permitir a estas acometer las actividades de la vida diaria sin la participación constante de un familiar, de un amigo, etc. (García J, 2003).

La finalidad que tienen los Centros para la Vida Independiente (CIL) es que todas las personas con discapacidad tienen la misma posibilidad de elección, control y libertad que cualquier otro ciudadano en el hogar, trabajo y en la sociedad. La mayoría de los programas de los CIL para la formación de una vida independiente se han centrado en unos de los aspectos principales la vida en el hogar, para que adquieran estrategias relacionadas con el manejo de las tareas del hogar.

### **3.4 Vida independiente**

En este apartado se hará una breve descripción de acuerdo a diferentes autores los fundamentos para una vida independiente, así como las habilidades y herramientas que necesitan las personas con necesidades especiales para poder desarrollar una vida lo más independiente posible.

Cabe mencionar que Ripollés M (2003) menciona que la vida Independiente tiene como objetivo primordial la integración en todos los ámbitos de la vida de una persona con todo tipo de discapacidad, que la persona pueda tener el control de su propia vida, en cuanto a las personas con discapacidad, se debe de aceptar la discapacidad como un hecho real que implica ciertas limitaciones o mayor dificultad para realizar ciertas actividades.

Por ello es importante destacar que la independencia de una persona debe asumirse “hasta donde se pueda” en cada caso individual, si una persona debido a su discapacidad, no puede tener la autonomía suficiente para decidir sobre su propia vida, deberá apoyarse con otras personas que decidan qué es lo que más le conviene o satisface, pero siempre respetando sus deseos y capacidades individuales (García J, 2003 en Ruiz S, 2016).

El enfoque que se tiene al desarrollar una Vida independiente en una persona con necesidad especial es que la persona se reconozca a si misma con necesidades sanitarias, sociales, técnicas y humanas., pero también se reconozca capaz de controlar su propia vida y tomar decisiones al respecto.

De acuerdo con Evans (s.f en Ruiz S, 2016) menciona que la esencia de una vida independiente es la libertad de tomar decisiones sobre tu propia vida, y participar plenamente en la comunidad.

Actualmente se pretende que las personas con discapacidad desempeñen el papel más normalizado posible en la sociedad, para lo cual se busca su máxima habilitación tanto personal como laboral (Liesa & Vived, 2010).

Por lo tanto Morris (1993 en Ruiz S, 2016) menciona cuatro principios básicos fundamentales para una vida independiente los cuales son:

- Toda vida humana, independientemente de la naturaleza, complejidad y/o gravedad de la discapacidad, tiene el mismo valor
- Cualquier persona tiene la capacidad de tomar decisiones y se le debería permitir tomar esas decisiones independientemente de su naturaleza, complejidad y/o gravedad de su discapacidad
- Cualquier persona con discapacidad, ya sea física, sensorial o cognitiva tiene el derecho a ejercer el control sobre su propia vida
- Las personas con discapacidad, independientemente del tipo y el grado de afectación tienen derecho a participar plenamente en todas las actividades: económicas, políticas y culturales.

### 3.4.1 Habilidades para la vida independiente

Como ya se mencionó una vida independiente se podía definir en que una persona tenga control sobre su propia vida, que sea capaz de tomar sus decisiones, que tenga las mismas oportunidades que los demás sin importar la discapacidad que presente. En este apartado de acuerdo a diferentes autores se mencionaran algunas habilidades y herramientas que debe tener la persona para el desarrollo de la vida independiente, en algunos podremos observar ciertas similitudes de áreas a cumplir, sin embargo todas las habilidades que nos mencionan son fundamentales.

El primer autor del cual hablaremos es Puyalto C (2016) el cual nos menciona que existen cuatro componentes esenciales para una vida independiente, los cuales son:

- *Interdependencia*: las personas no son dependientes sino, interdependientes ya que se necesitan las unas a las otras para vivir sus propias vidas.
- *Autonomía*: las personas son autónomas en la medida que desarrollen las habilidades que les permiten tomar sus propias decisiones y actuar.
- *Meta compartida hacia la equidad*: la vida independiente representa una meta compartida por diversas personas con discapacidad que luchan por alcanzar la equidad con respecto a la población y disponer de los apoyos que le permitan lograrlo
- *Derecho*: que las personas con discapacidad tengan el derecho a decidir dónde y cómo vivir, recibir los apoyos necesarios para ser incluidos en la comunidad

Por otra parte la Federación española de Síndrome de Down (2013) , ha creado una guía para la formación de la autonomía y la vida independiente, dicha guía promueve la formación de una serie de habilidades facilitadores para la vida independiente, las cuales son:

- Ψ *Comprensión lectora*: desarrollar una comprensión lectora adecuada, adquirir fluidez lectora.
- Ψ *Habilidades sociales*: saludar y despedirse correctamente, saber pedir gracias y disculpas, identificar el estado de ánimo propio y de los demás, expresar de forma

adecuada las emociones, saber defender los propios derechos, saber mantener una conversación, solución de problemas de manera autónoma, capacidad para relacionarse con los demás.

- Ψ *Autonomía personal*: desarrolló de habilidades tales como higiene personal, vestido, cuidado de ropa, alimentación, limpieza del hogar, realización de desplazamientos, seguridad personal y normas sociales
- Ψ *Autodeterminación*: fomentar la elección y los planes personales, hacer planes a futuro, aprender a resolver problemas por uno mismo, elegir y tomar decisiones, resolver problemas del día a día.
- Ψ *Participación social*: desarrolló del trabajo en equipo, respeto a las normas, inclusión social.
- Ψ *Participación laboral*: búsqueda de empleo, responsabilidad laboral, inclusión laboral.

Verdugo M & Bermejo B (1998) mencionan los fundamentos básicos para una vida independiente, por lo cual ellos la nombran como *habilidades adaptativas* que se deben de trabajar para que las personas con necesidades especiales puedan desarrollar una vida independiente, podemos ver que existen ciertas similitudes como las que menciona la Federación española de Síndrome de Down (2013), las cuales son las siguientes:

- ψ *Comunicación*: habilidades que incluyen la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos o comportamientos no simbólicos.
- ψ *Autocuidado*: habilidades implicadas en el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física
- ψ *Habilidades de vida en el hogar*: habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, tales como el cuidado de la ropa, tareas del hogar, cuidado, preparación de comidas, planificación.
- ψ *Habilidades sociales*: relacionadas con intercambios sociales con otros individuos incluyendo el iniciar, mantener y finalizar una conversación.



- ψ *Utilización en la comunidad:* habilidades relacionadas con una adecuada utilización de los recursos de la comunidad incluyendo transporte, comprar en tiendas, etc.
- ψ *Autodirección:* habilidades para realizar elecciones, buscar ayuda en casos necesarios, asertividad.
- ψ *Salud y seguridad:* habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud, tales como comer, identificar síntomas de enfermedad, prevención de accidentes, sexualidad.
- ψ *Académicas funcionales:* habilidades cognitivas y habilidades con aprendizajes escolares que tienen una además una aplicación directa en la vida
- ψ *Ocio y tiempo libre:* hace referencia al desarrollo de intereses variados de tiempo libre y ocio que reflejan las preferencias y elecciones personales
- ψ *Trabajo:* habilidades relacionadas con poseer un trabajo a tiempo completo o parcial en la comunidad, habilidades laborales, comportamiento social apropiado.

Por su parte Schalock (1999) define que las habilidades adaptativas son la ejecución diaria de las actividades necesarias para la autonomía personal y social, más que la capacidad para realizar las actividades.

Sin embargo Aldave, López y Varela (2014) mencionan que el proceso de adquisición y desarrollo dichas habilidades empieza en la infancia y se prolonga a lo largo de la vida, por lo cual se trata de un proceso progresivo en el que los aprendizajes consolidados anteriormente permiten la adquisición de nuevas habilidades. Además de que es un proceso continuo ya que los individuos afrontamos constantemente situaciones inéditas que nos obligan a desarrollar nuevas habilidades o a adaptar las que ya poseemos, si una etapa es fundamental en la adquisición de las habilidades adaptativas, es en la infancia (extendiéndose hasta la juventud).

### 3.5 Técnicas utilizadas para la adquisición de habilidades para la vida diaria

Sin embargo para adquirir las habilidades que ya se mencionaron anteriormente se necesita trabajar con *técnicas cognitivo conductuales* las cuales nos sirven para la adquisición de dichas habilidades para el desarrollo de la vida diaria.

De acuerdo con Aldave et al (2014) las técnicas para llevar a cabo una intervención educativa que permita la adquisición de habilidades adaptativas y para la vida diaria, son las siguientes:

- *Instrucción*: esta técnica consiste en la descripción detallada de los pasos a seguir para realizar la tarea objeto de aprendizaje, su uso es adecuado en aprendizajes sencillos y en intervenciones puntuales.
- *Modelado*: esta técnica consiste en ofrecer a la persona atendida un modelo, que puede ser profesional o alguien de su entorno cercano, que llevará a cabo la tarea o conducta a entrenar. El aprendizaje se conseguirá mediante la repetición de esta conducta o tarea por parte de la persona,
- *Ensayo conductual*: esta técnica es utilizada especialmente en el aprendizaje de habilidades sociales, consiste en simular situaciones en los que es necesario poner en practica la habilidad social ensayada, con el fin de ir adquiriendo nuevas conductas que sustituyan a otras anteriores y que resultan menos adaptativas para el individuo.
- *Refuerzo positivo*: esta técnica pretende el aprendizaje y mantenimiento de una conducta mediante un refuerzo motivador que actúa como recompensa. Naturalmente el reforzador es de tipo social (un reconocimiento, felicitación) y debe ofrecerse inmediatamente a la conducta que se quiere reforzar.
- *El moldeado*: es una variante de la técnica del refuerzo positivo que se aplica en el aprendizaje de conductas complejas, consiste en dividir una tarea compleja en partes más simples, el aprendizaje se lleva de forma secuenciada y hasta que no se ha adquirido la primera de las fases, no empezamos con el aprendizaje de la segunda.

Al trabajar estas técnicas con personas con discapacidad, nos permite que tengan un mejor desarrollo y adquieran de forma favorable aprendizajes en distintas áreas que son fundamentales para la vida diaria, y con ello poder incrementar la inserción para una vida independiente.

### **3.6 Apoyos para personas con discapacidad**

De acuerdo con Vega C (2011) en las últimas décadas hemos pasado de “cuidados totales” a “una vida con apoyo”, ello constituye un avance significativo, en cuanto a la manera como la sociedad ve a las personas con discapacidad intelectual y cómo debemos proporcionar los apoyos, cabe mencionar que los apoyos a estas personas están centrados en la mejora de su calidad de vida.

Así, dichos apoyos se pueden definir como los recursos y estrategias que promueven “las causas” de individuos con o sin discapacidad; que la capacitan para acceder a recursos, información y relaciones en entornos de trabajo y de vida integrados, que incrementan su interdependencia/independencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción. La idea subyace en que si se aplican adecuadamente los apoyos, es posible mejorar las capacidades funcionales de las personas con discapacidad (Vega C, 2011).

Martorell (1994 en Vega C, 2011) menciona que los apoyos pretenden acompañar a la persona en su vida, basándose en sus capacidades y no en sus limitaciones para, que a partir de sus potencialidades, ofrecerle oportunidades y facilitarle la consecución de una mayor normalización.

Por su parte Thompson et al (2009 en Vega C, 2011) plantea cuatro modos de entender las necesidades de los apoyos, los cuales son:

- a) Necesidad normativa: es aquella que la define un profesional o experto ante una determinada situación, basada en una evaluación individual.
- b) Necesidad sentida: aquella persona que la persona quiere o percibe como necesidad, puede preguntársele directamente.

- c) Necesidad expresada: esta necesidad puede traducirse en la solicitud de servicios por una persona.

Cabe destacar que Vega C (2011) menciona que en 1992, se describieron cuatro diferentes intensidades de apoyos:

- Intermittente: se caracteriza por naturaleza episódica, se proporciona “cuando es necesario”, estos apoyos pueden ser de alta o baja intensidad.
- Limitado: son consistentes a lo largo del tiempo, se trata de un apoyo que puede ser planificado.
- Extenso: se aplican de modo continuo y en entornos concretos, no se limita en cuanto al tiempo.
- Generalizado: son consistentes y su intensidad es elevada, los apoyos se proporcionan en diferentes ambientes y pueden durar toda la vida.

Van Loon (2006 en Vega C, 2011) plantea que los apoyos deben ofrecerse en forma flexible no todas las personas necesitan los apoyos en las mismas áreas o en igual cantidad, además los apoyos, dentro del concepto de “Vida con Apoyo”, se ofrecen en un primer momento en la red natural de las personas: familiares, amigo, vecinos, colegas y voluntarios y solo cuando la red natural no puede ofrecer suficientes apoyos entran en juego los apoyos profesionales.

De acuerdo con Vega C (2011) un adecuado uso de los apoyos mejora el rendimiento de las personas en su entorno, por ello propone un modelo de evaluación del apoyo y el proceso de planificación, en donde nos indica las áreas de apoyo más relevantes, así como la intensidad de los apoyos, etc., tal como se muestra a continuación (ver figura 3):

<b>Paso 1</b>	<b>Identificación de áreas de apoyo relevantes.</b> Desarrollo humano. Enseñanza y educación. Vida en el Hogar. Vida en la comunidad. Empleo. Salud y seguridad. Conductual. Social. Protección y defensa
<b>Paso 2</b>	<b>Identificación de actividades de apoyo relevante para cada área de apoyo.</b> Preferencias e intereses del individuo. Actividades en que la persona participará con mayor probabilidad. Lugares en los que la persona participará con mayor probabilidad.
<b>Paso 3</b>	<b>Evaluación del nivel o intensidad de las necesidades de apoyo.</b> Frecuencia Momentos de apoyo diario. Tipos de apoyos.
<b>Paso 4</b>	<b>Redacción del plan de apoyos individualizado para reflejar a la persona.</b> Intereses y preferencias del individuo. Áreas y actividades requeridas de apoyo. Lugares en los que la persona participará con mayor probabilidad. Actividades en que la persona participará con mayor probabilidad. Funciones de apoyo específicas que responden a las necesidades de apoyo identificadas. Énfasis de los apoyos naturales. Personas responsables de proporcionar la (s) función (es) de apoyo (s). Resultados esperados. Plan para supervisar la provisión de los apoyos y sus resultados.

Figura 3. Modelo de evaluación del apoyo y proceso de planificación (AAMR 2004 en Vega C, 2011)

Vega C (2011) menciona que el funcionamiento de las personas no depende solamente de las condiciones individuales, sino que se ve influido de una manera determinante por las oportunidades que se le proporcionan y de los apoyos que se le ofrecen para facilitar su desarrollo y plantea que la metodología de los apoyos debe estar centrada en las necesidades de las personas con discapacidad intelectual.

### 3.6.1 Planificación individualizada de los apoyos

La comprensión de las necesidades de los apoyos de las personas con discapacidad, orientarla el desarrollo de planes individualizados de apoyos con el fin de que tengan una mejor calidad de vida, estos apoyos están orientados a un apoyo individualizado en donde se permite su adecuado desenvolvimiento en la comunidad y su adaptación de las exigencias del medio.

Desde hace años se viene trabajando desde diferentes instancias, educativas, sociales y laborales, entre otras, para poder ofrecer apoyos individualizados. En las décadas pasadas las necesidades de las personas con discapacidad eran abordadas

globalmente. Esto provocó que las organizaciones tomaran decisiones sobre cómo estas personas debían de vivir, sin tener en cuenta sus sentimientos u opiniones (Vega C, 2011).

La individualización de los apoyos hacia las personas con discapacidad viene precedida de principios como el de la normalización, el de la valoración de los roles sociales, el movimiento de desinstitucionalización y el movimiento de inclusión social. Todos ellos han permitido proporcionar a las personas con discapacidad tomar las riendas de su vidas para que puedan desempeñar un papel fundamental en la sociedad en la que viven y se desarrollan (Vega C, 2011).

De acuerdo con Vega C (2011) los servicios de apoyo deben estar orientados a fomentar la independencia de las personas y que a éstas puedan contribuir en la sociedad, por ello los apoyos deben estar centrados en la persona, en los que también se consideren sus sueños y metas personales.

El movimiento de vida independiente, vigente desde 1962, es un ejemplo más de como los apoyos adecuados favorecen el desenvolvimiento de las personas con discapacidad en diferentes contextos.

Vega C (2011) argumenta que se entiende así que las personas con discapacidad puedan presentar necesidades sanitarias, sociales, técnicas y humanas, pero también pueden ser capaces de controlar sus vidas, de decidir, de evaluar su propia situación y de tomar decisiones al respecto.

De acuerdo con Vega C (2011) entre estos proyectos enfocados a promover una vida independiente destaca el servicio de apoyo a la independencia “Me voy de casa”, creado por la Fundación Catalana Síndrome de Down, dicho servicio ofrece apoyos a personas con discapacidad intelectual que requieren apoyos intermitentes que comienzan su proyecto de vida independiente en su domicilio propio y gestionando en la vida diaria.

También menciona que de las principales limitaciones que podemos encontrar dentro de este marco de vida independiente, es que la sociedad sigue viendo a las personas con alguna discapacidad como una persona incapaz y cuestiona sus habilidades para vivir de

una manera autónoma. Para poder ejercer una vida independiente debe de existir un sistema de apoyos que lo definen bajo un conjunto de recursos y estrategias destinadas a promover el desarrollo, los intereses, la calidad de vida y la autonomía de las personas con discapacidad.

En la actualidad, los apoyos para las personas con discapacidad están orientados hacia la inclusión y la autodeterminación.

### **3.7 Autonomía y Autodeterminación**

La autodeterminación es uno de los constructos que tiene más relevancia en la promoción de una vida independiente de calidad. Por esta razón, es importante definir qué entendemos por autodeterminación, y cuáles son sus aspectos esenciales.

Wehmeyer (2009 en Arrellano A & Peralta F, 2013) define la conducta autodeterminada como aquella acción que lleva al sujeto a actuar como el principal agente causal de su vida, sin influencias externas innecesarias, y que le permite mantener y mejorar su calidad de vida.

Wehmeyer (1992) y Schalock (2001 en Arroyave M & Freyle L, 2009) definen que la autodeterminación conlleva estas habilidades, como se explica a continuación:

- ✚ Toma de decisiones: es el proceso psicológico que supone valorar las diferentes opciones en función de su valor respectivo y de los intereses a corto, mediano y largo plazo.
- ✚ Elección: se define como la respuesta observable, resultante del proceso de toma de decisiones.
- ✚ Resolución de problemas: hace referencia a la habilidad para emplear conocimientos adquiridos a situaciones cotidianas nuevas, resolviendo eventos no conocidos, lo que implica, a su vez, identificar el problema y elegir una alternativa de solución.

Por otra parte Izuzquiza (2015) refiere que la autodeterminación describe a individuos que saben cómo elegir, saben que quieren y cómo conseguirlo. Desde el conocimiento

de las necesidades personales, los individuos auto determinados eligen metas, y a continuación las persiguen tenazmente.

Para fomentar la autodeterminación es imprescindible tener en cuenta la autonomía personal y el desarrollo de la misma, ya que el desarrollo de la capacidad de la persona para llevar una vida lo más autónoma e independiente posible facilita la toma de decisiones personales y el cumplimiento de las metas (Liesa & Vived , 2010).

Un factor que está relacionado con el término independencia y autodeterminación, es la autonomía por lo que la podemos definir como la capacidad que tiene la persona para desarrollar una vida lo más satisfactoria e independiente posible en los entornos habituales de la comunidad (Orus M y Conte E, 2010).

Montaner J (2001) menciona que en la premisa de la autonomía es necesario que la persona tenga el reconocimiento de una identidad, que incluye un rol y un estatus social, que surge desde la igualdad de las oportunidades, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

La autonomía personal es uno de los componentes básicos de la autodeterminación., podemos considerar la autonomía personal como la capacidad que tiene la persona para desarrollar una vida lo más satisfactoria e independiente posible en los entornos habituales de la comunidad (Orus M y Conte E, 2010).

Por otra parte Martínez R (s.f) define a la autonomía como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

A menudo, las personas con discapacidad son capaces de llevar a cabo muchas actividades de la vida diaria, aunque para ello requieran de ayudas técnicas.

El mantenimiento de la autonomía personal tiene una consecuencia directa en el bienestar de la persona.



Antequera M (2014) hace mención en como fomentar la autonomía en las personas con Discapacidad Intelectual de tal manera que puedan desarrollarse dentro de la sociedad, las cuales son:

- Debe de vivir situaciones afectivas y experiencias semejantes a la de los demás, tanto positivas como negativas
- Permitirle que se sienta útil e independiente dentro de los límites de su capacidad.
- Asignarle un papel social para desarrollar su propia autonomía e identidad.
- Reconocerle su derecho a ser diferente, como ciudadano con derechos.

### **3.8 Transición a la vida adulta**

Englobando de lo que se ha hablado en todo este capítulo, es necesario que la persona con discapacidad se maneje como una persona adulta, por ello mencionamos que el proceso a la transición de la vida adulta es fundamental para los jóvenes con discapacidad, y estos pueden participar de manera activa en este proceso, por ello es esencial que se les ofrezcan oportunidades de participar en la planificación de sus vidas como agentes centrales y miembros activos de la comunidad.

De acuerdo con Pallisera M, (1996) menciona que la transición hace referencia al acto de dejar un entorno y asumir un nuevo rol en otro entorno, el periodo de transición incluye distintas intervenciones para garantizar la continuidad desde lo escolar, hasta lograr una vida activa y el acceso de una vida independiente, que tengan una inserción social, y que puedan tener las mismas oportunidades y beneficios.

También Pallisera M (1996 en Saad E 2011), considera a la transición a la edad adulta y la vida independiente como un proceso que conduce a que cada persona llegue a lograr el máximo nivel de independencia posible en función de sus necesidades y capacidades en los diferentes entornos de la vida adulta. Para este autor, la integración laboral es un factor fundamental en logro de las finalidades de la transición, junto con otros aspectos los cuales son el funcionamiento independiente en la vida diaria, en la vivienda y en la comunidad.

Saad E (2011) argumenta que la etapa a esta transición transcurre durante los años finales de la adolescencia y los primeros años de la juventud, época en la que los individuos exploran sus alternativas en todos los ámbitos de la vida, desarrollan destrezas que les permiten actuar como ciudadanos con la mayor independencia.

Para que las personas con necesidades especiales tenga una transición a la vida adulta es necesario generar una mejor calidad de vida, tanto a ellas como a sus familias, favorecer a que haya un cambio cultural respecto a ellos y el estigma que se les tiene y que son personas con los mismos derechos como cualquier otra, que pueden desarrollar una calidad de vida en todos los sentidos, siendo autónomas y favoreciendo su inclusión en la sociedad (Jordán de Urries F. & Verdugo, M. 2013).

Las personas con alguna discapacidad tienen derecho a ser tratadas como adultas, y por ello precisa una educación de la vida con autonomía: necesidad de identidad propia y que tenga oportunidad de relacionarse.

De acuerdo con la Fundación Padres en Red (2014) la finalidad de un proyecto de vida independiente es ofrecer oportunidades y apoyos que permitan el desarrollo de habilidades sociales, de la autonomía personal, y de la autodeterminación de la persona con discapacidad, además de mejorar su autoestima y su calidad de vida.

La vida en forma independiente apunta al crecimiento y a la incorporación plena en todos los ámbitos personales y en diferentes contextos (laboral, de vivienda, social, en contextos formativos, etc.), para ellos la actitud familiar es especialmente relevante en los procesos de transición a la vida adulta, ya que puede potenciar o frenar los cambios de la persona que se inicia en un proyecto de vida autónomo.

Jordán de Urries F. & Verdugo M (2013) proponen una serie de pautas para el desarrollo del Plan de Transición Individualizado (PTI) hacia la vida autónoma, siendo importante no olvidar que todos estos aspectos deben ser organizados con la persona que emprende el proyecto de vivir sola para que tengan sentido y utilidad. Por lo cual, proponen que existen tres elementos esenciales para la transición a la vida adulta los cuales son:

- Un programa educativo con aprendizajes significativos y útiles
- Un plan individualizado que contenga los componentes principales que llevan a la vida adulta
- Opciones de empleo, vivienda y comunidad que faciliten a los jóvenes y a sus familias la mejor elección.

Zacarías, Saad y Ferras (2008 en Saad E, 2011), mencionan que el éxito de programas para la transición de la vida adulta depende que ellos se incorporen un marco filosófico, entre cuyos principales aspectos se encuentran:

- ✚ Principio de normalización implica compartir con los demás un ritmo de vida diaria con privacidad, responsabilidades y actividades como la de todos, viviendo experiencias comunes a los pares a lo largo del ciclo de vida.
- ✚ Enfoque centrado en la persona que considera que las limitaciones de las personas con discapacidad no debe disminuir su dignidad como seres humanos, ni su derecho a participar en la comunidad.
- ✚ Inclusión significa hacer accesible los sistemas y estructuras a todas las personas con o sin discapacidad. Bajo este marco las personas eligen cómo, dónde y con quien quieren aprender, trabajar y vivir.
- ✚ Autodeterminación se refiere al hecho de cada individuo de poder elegir y decidir sobre los asuntos que son importantes para sí mismos, es actuar de acuerdo a las creencias personales, valores e intereses.

### **3.8.1 Vida laboral**

Por su parte Miguel y Cerrillo (2010) mencionan que para una favorable transición a la vida adulta es necesario un empleo de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como organismo de las Naciones Unidas especializado en las cuestiones relativas al trabajo y a las relaciones laborales, ha desarrollado una amplia gama de acciones a favor de la integración laboral para personas con discapacidad.

Miguel y Cerrillo (2010) mencionan que la OIT estima que, actualmente en el mundo hay alrededor de 386 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar. A pesar de los progresos realizados en los últimos años en algunos países en otros se estima incluso más del 80 de 100 de las personas discapacitadas que pueden y quieren trabajar están desempleadas.

Por esta razón el Programa de Discapacidad de la OIT promueven el trabajo digno para las personas con discapacidad y facilita medios para superar los obstáculos que impiden la plena participación de estas personas en el mercado laboral. Dicho programa contempla tres tipos de actividades principales:

- Identificación y análisis de estrategia eficaces para promover la capacitación y crear oportunidades de empleo para las personas con discapacidad.
- Asesoramiento y ayuda a los gobiernos, a las organizaciones de trabajadores y de empleadores y a las organizaciones de y para personas con discapacidad.
- Prestación de asistencia técnica y actividades de cooperación.

El enfoque de la OIT parte de una perspectiva integradora, basada en principios de igualdad de oportunidades, igualdad de trato y no discriminación. Estos principios fueron proclamados en el año de 1983 en el Convenio 159 y en la Recomendación 168 sobre la Rehabilitación Profesional y el Empleo de Personas con Discapacidad, el citado convenio considera la discapacidad como una situación de desventaja laboral que puede y ser corregida mediante políticas concretas (Miguel y Cerrillo, 2010).

En el año 2001 la OIT aprobó un documento titulado Gestión de la discapacidad en el lugar de trabajo repertorio de recomendaciones prácticas, el propósito de este repertorio es establecer prácticas laborales y modelos de contratación aplicables que faciliten la integración de las personas con discapacidad en el trabajo. Para ello ofrece orientaciones sobre posibles situaciones que pueden presentarse en la contratación, el empleo, la conservación del trabajo y la reintegración al empleo de las personas con discapacidad.

De acuerdo con la OIT, la elevada tasa de desempleo de la discapacidad, es consecuencia en gran medida, de la discriminación que padecen en la educación y formación.

Miguel y Cerrillo (2010) nos mencionan que en los últimos años, la OIT ha tenido una implicación activa en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y ha trabajado en sintonía con la ONU, en esta línea de investigación se han desarrollado estudios sobre estrategias relacionados con la capacitación y la creación de oportunidades de empleo para las personas con discapacidad.

### **3.9 Inclusión**

Para que las personas con discapacidad intelectual o cualquier otro tipo de discapacidad, puedan desarrollar una vida independiente y puedan llevar una vida en donde ellos puedan tener la misma oportunidades de igualdad que las demás personas, debe de haber una inclusión en donde formen parte de la sociedad sin importar las diferencias. Por ello es importante mencionar la inclusión tanto laboral como social.

En la parte de inclusión laboral surgió un proyecto de jóvenes con discapacidad intelectual (Protecto Promotor) como una respuesta de la demanda de formación para el empleo con apoyo desde el ámbito universitario.

La inclusión laboral se puede concretar con una formación centrada en la persona, por ello surge la modalidad del empleo con apoyo (EA), orientando a la búsqueda y al logro de calidad de vida, este apoyo es una modalidad de integración laboral, con apoyo individualizado y continuo, que permiten y aseguran el éxito a largo plazo y a donde hay oportunidades de interacción entre la persona con discapacidad y otras personas con discapacidad (Miguel y Cerrillo, 2010).

De acuerdo a Miguel y Cerrillo (2010) mencionan que la formación laboral debe dirigirse hacia el pleno desarrollo de la persona, trabajar es esencial para la plena realización humana. En particular, las personas con discapacidad intelectual reclaman que se les

valore por lo que son capaces de hacer, quieren aprender a hacer y ser tomadas en cuenta por su efectiva contribución social y económica .

Para las personas con discapacidad, se utiliza en el empleo la técnica de “aprendizaje mediado”, el cual se entiende como que un ser humano guie a otro para que desarrolle unas capacidades que le permiten “construir” su propio conocimiento y, en consecuencia aprender por sí mismo. En el ámbito de la formación para la inserción laboral de personas con discapacidad intelectual, es particularmente decisivo que la formación se oriente hacia el “saber hacer”, que la persona con discapacidad adquiera las herramientas necesarias para resolver por sí misma problemas cotidianos con los que pueda encontrarse en un entorno laboral, que “sepa estar”, “sepa actuar”, “sepa reaccionar” y “sepa responder” (Miguel y Cerrillo, 2010).

Otro punto que cabe destacar en la inserción del empleo con personas con discapacidad es la interacción social entre compañeros facilita el proceso de aprendizaje y posibilita no solo la adquisición de conocimiento sino también la socialización, todos aprendemos de otros por el sencillo y a la vez complejo, medio de las relaciones interpersonales (Miguel y Cerrillo, 2010).

La inclusión enfatiza la igualdad por encima de la diferencia y supone una nueva ética y unos nuevos valores basados en la igualdad de oportunidades.

Por ello los alumnos y alumnas con Discapacidad Intelectual son personas que forman parte de todo y para las cuales no se deben realizar excepciones. La idea subyacente es que todas las personas, con o sin Discapacidad Intelectual, tienen el derecho a ser admitidas completamente en sus comunidades, a participar en ellas, a beneficiarse de la vida diaria de su comunidad y, del mismo modo, a contribuir y enriquecerla (Jordán de Urries F. & Verdugo M., 2013).

Izuzquiza (2015) por su parte menciona que para la Liga Internacional de Asociaciones a favor de las Personas con Deficiencia Mental (IL5MH, 1998) la inclusión significa la oportunidad para las personas con discapacidad de participar abiertamente en todas las

actividades educacionales, de empleo, de consumo, de ocio y tiempo libre, comunitarias y de tipo doméstico que tipifican la sociedad actual.

Por su parte Velasco (2017) menciona que hay dos tipos de barreras las cuales están relacionadas con la falta de accesibilidad al entorno físico y las barreras sociales, que se refieren a la discriminación de las personas con discapacidad, estas barreras son el resultado de la concepción equivocada que la sociedad mantiene respecto a estas personas. Así, el verdadero obstáculo que se presenta para lograr la integración social de las personas con discapacidad no radica en la discapacidad misma sino en las barreras físicas, y la incapacidad de la sociedad para aceptar a este grupo de personas en condiciones de igualdad.

### **3.9.1 Legislación**

A continuación se mencionaron algunas leyes que se han promovido en favor a las personas con Discapacidad, para el desarrollo de una vida lo más independiente posible y con ello generar una mejor calidad de vida, en donde tengan las mismas oportunidades e igualdad que las demás personas.

Durante 1971, se presentó la Declaración de los Derechos de Retraso Mental adoptada por la ONU, la cual resalta la atención médica, el acceso a la educación y capacitación que le permita desarrollar al máximo sus capacidades y aptitudes así como, el desempeñar un empleo en medida de sus posibilidades (ONU, 1971 en Velasco 2017).

Por su parte Velasco (2017) menciona que en el año de 1981 fue proclamado por la ONU como Año Internacional de las Personas con Discapacidad, dedicado a promover su integración social con el fin de que pudieran ejercer plenamente sus derechos. Con ello se da un mayor énfasis al concepto de integración social como un paso más allá de la rehabilitación y a la apertura de formar parte de la sociedad.

Para que las personas con necesidades especiales generen una vida independiente es necesario que se les dé una inclusión en todos los ámbitos, de acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (UNESCO, 1994 en Velasco 2017) incluye el termino inclusión la cual significa participar de forma activa en la sociedad en todos los

términos y en todos los derechos, la idea implica reducir la exclusión e incrementar la participación en igualdad de condiciones en todas las instituciones sociales.

Durante 1983 a 1992 durante esta década se propicia un desplazamiento gradual, pero importante, para la integración e igualdad de oportunidades para personas con discapacidad. (Velasco, 2017)

La Asamblea General de Naciones Unidas en 1992 estableció el 3 de Diciembre el Día Internacional de las Personas con Discapacidad.

En México se promulgo la Ley General para la Inclusión de las personas con Discapacidad (2011) fue promulgada en el sexenio del Presidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, en donde de acuerdo al Artículo 1° se menciona que las disposiciones de la presente Ley son de orden público, de interés social, y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos, en donde se establece las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. Esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio.

El Artículo 5° de dicha Ley nos menciona que los principios básicos que deberán observar las políticas públicas son: equidad, justicia social, la igualdad de oportunidades, el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad, el respeto a la dignidad, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones y la independencia de las personas, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad y la no discriminación, etc.

Así como también el artículo 9° expuesto por dicha ley, se menciona que las personas con discapacidad tienen derecho al trabajo y la capacitación, en términos de igualdad de oportunidades, equidad y justicia social.



También en nuestro país hay una propuesta de integración la cual está plasmada en la ley de asistencia e integración social para el Distrito Federal, capítulo 1. Artículo 3°, de la siguiente manera:

*“Se entiende por integración social al proceso de desarrollo de capacidades y creación de oportunidades en los órdenes económico, social y político para que los individuos y familias o grupos sujetos de asistencia social puedan reincorporarse a la vida comunitaria con pleno respeto a su dignidad, identidad y derechos sobre la base de igualdad y equidad de oportunidades para el acceso a los bienes y servicios sociales.”(DOF, 2000)*

La Convención Interamericana contra la Discriminación de las Personas con Discapacidad, tiene como objetivo la prevención y la eliminación de todas las formas de discriminación, en contra de las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad (OEA, 1999).

De los reglamentos existentes en México actualmente en materia de discapacidad, la mayoría se refieren a aspectos de salud; pero en relación a la inclusión laboral, solo el Reglamento de la Ley General del Desarrollo Social, en el artículo 33° fracción III, entre otros objetivos, menciona el de ampliar oportunidades y recursos para que los grupos indígenas, adultos mayores, personas con discapacidad y los que se encuentran en situación de pobreza, marginación o vulnerabilidad, para que se incorporen a las actividades productivas del sector social de la economía (Velasco, 2017).

Por su parte la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006) define a las actividades básicas de la vida diaria como tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, los cuales son:

- Cuidado personal: higiene personal, limpieza bucal, etc.
- Actividades domésticas básicas tales como la preparación de alimento, barrer, planchar, etc.

- Movilidad esencial: que tengan los recursos que le permita moverse en la comunidad.
- Reconocer personas y objetos: sabe identificar a las personas y los utensilios para llevar a cabo las actividades
- Orientarse: saber la ubicación de calles, el uso de transportes de la comunidad.
- Entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas: comprender y atender las indicaciones que se le den.

Ruiz S (2016) menciona que durante el año 2002 el tema elegido fue “Independing Living and Sustainable Livelihoods” (Vida Independiente e Ingresos Sostenibles), donde se destacaba que las personas con discapacidad son capaces y están dispuestas a contribuir a la vida económica, política y cultural de sus comunidades, pero todavía tienen que enfrentarse con numerosas barreras, las cuales deben ser eliminadas para asegurar que las personas con discapacidad, sus familias y sus comunidades pueden participar, de acuerdo a su máximo potencial, en todos los aspectos de la vida en sociedad.

## **CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA**

### **PROPUESTA DE TALLER PARA LA “ADQUISICIÓN DE HABILIDADES PARA LA VIDA DIARIA EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SÍNDROME DE ASPERGER”**

#### **JUSTIFICACIÓN**

En México, un porcentaje considerable de la población vive en condiciones de marginación y exclusión, con poco o nulo acceso a la educación entre ellos se encuentran las personas con discapacidad para quienes la participación en la vida de la comunidad está muy restringida. Muchos de ellos se ven excluidos del sistema educativo, históricamente se les ha segregado, discriminado y limitado en sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje.

Por lo tanto Márquez et al (2008) menciona que el 5.1% de la población mexicana presenta discapacidad intelectual, es decir 5 millones 739 mil 270 personas..

Por otra parte el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan Navarro” comenta que actualmente no se cuentan con datos de prevalencia en investigación epidemiológica del Síndrome de Asperger, sin embargo se menciona que los trastornos del espectro autista se situaron entre las cinco primeras causas de demanda de atención en los tres periodos observados (2003, 2005 y 2007), dicho trastorno afecta de 3 a 7 personas por cada 1000 niños de 7 a 16 años, por lo tanto en el mundo hay aproximadamente 35 millones de personas con este síndrome (Secretaría de Salud, 2012).

El propósito del taller es que jóvenes con estos tipos de trastornos adquieran habilidades, en donde puedan realizar actividades de la vida cotidiana por si solos y desarrollen su independencia y autonomía con base a sus capacidades y esto les permita contribuir activamente en la sociedad.

## **Objetivo General**

Desarrollar destrezas de habilidades de vida para el hogar en personas diagnosticados con Discapacidad Intelectual y Síndrome de Asperger, con el fin de que puedan adquirir habilidades para la vida independiente.

## **Objetivo específico**

- ∇ Promover que conozcan las actividades domésticas básicas con el fin de lograr un mejor aprendizaje, para un buen mantenimiento de limpieza dentro del hogar.
- ∇ Desarrollar la comunicación e integración dentro del grupo y con ello mejorar sus habilidades sociales.
- ∇ Generar en los jóvenes el sentido del autocuidado y una buena higiene personal.

## **Población**

El grupo se integrará de 6 a 8 participantes bajo los siguientes criterios de inclusión: personas que estén diagnosticados con Discapacidad Intelectual leve y Síndrome de Asperger, en un rango de edad de 18 a 35 años.

Para impartir el taller se requerirá de un psicólogo clínico con enfoque psicoeducativo que tenga conocimientos de Discapacidad Intelectual y Síndrome de Asperger, el cual actuará como facilitador.

## **Escenario**

El taller se realizará en el salón de una Institucion donde la población este diagnosticada con Discapacidad Intelectual leve y Síndrome de Asperger.

Las actividades se llevarán a cabo en un salón que mida 20 mts cuadrados, en donde haya una buena ventilación e iluminación adecuada y deberá contar con un pizarrón, una mesa y ocho sillas de respaldo.

## Materiales

Nombre	Descripción	Cantidad
Plancha	Se utiliza para planchar la ropa	1
Burro de planchar	Sirve como soporte para planchar la ropa.	1
Licuada	Se utiliza para licuar alimentos	1
Cubiertos (cuchara, tenedor, cuchillo)	Utensilios que nos sirven para comer, cortar y preparar los alimentos.	8
Vasos	Sirve para poder tomar agua	8
Platos (grande y hondos)	Recipientes que se utilizan para comer	8
Escoba	Utensilio que se utiliza para barrer dentro del hogar	1
Recogedor	Instrumento que se utiliza para recoger la basura del suelo.	1
Trapeador	Se utiliza para limpiar el suelo húmedo	1
Cubeta	Recipiente que nos sirve para poner agua en ella.	3
Pinol	Sirve como artículo de limpieza para mantener limpio el piso	1
Guantes de látex	Se utiliza para lavar los trastes	1
Mesa	Se utiliza para poner objetos encima de ella, generalmente para comer.	1
Sillas	Mueble que sirve de asiento para las personas	8
Servilletas	Pieza de papel que sirve para limpiarse la boca y los dedos	8
Manteles	Se coloca sobre la mesa el cual permite que no se ensucie	8

individuales		
Jarra de agua	Recipiente que se utiliza para servir agua en los vasos para poder tomar agua.	1
Colchón inflable	Lo utilizamos para dormir en él.	1
Sabana ajustable y superior	Sirven para cubrir el colchón con la finalidad de que no se ensucie.	2
Cobija	Se utiliza para taparnos mientras dormimos y que nos brinde calor	1
Almohadas	Se usa para apoyar la cabeza mientras dormimos.	2
Ropa	Se utiliza para cubrirnos el cuerpo, y está fabricada con diferentes tipos de tela.	3 piezas
Detergente	Sustancia química que se utiliza para lavar o enjuagar la ropa sucia	1
Tendedero	Instrumento útil para colgar ropa mojada	1
Pinzas para colgar	Sujeta la ropa mojada en el tendedero	1
Champú	Producto que se usa para tallarse el cabello	1
Jabón	Sirve para lavar la ropa	1
Esponja	Se utiliza para bañarnos y frotar en el cuerpo	1
Toallas de baño	Sirve para secarnos cuando el cuerpo esta mojado	1
Sandalias	Calzado que se utiliza regularmente en épocas de calor o para el baño	1
Artículos de comida	Sustancia sólida que se come y sirve de alimento de los cuales se utilizaron leche, fresas, azúcar, canela y dulces.	1 de cada uno
Hojas impresas con imágenes u oraciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hojas impresas con nombres de animales para la dinámica de presentación.</li> <li>✓ Hojas impresas con dibujo cruce de calles el cual servirá para la sesión 1 de cruzando calles</li> <li>✓ Hojas con imagen impresa de una planchar para sesión 2 dinámica planchar ropa</li> <li>✓ Hojas de con oraciones para completar se implementará</li> </ul>	8 hojas 2 cartulinas

	<p>en la dinámica 2 de planchar ropa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hoja con imagen impresa de una licuadora se mostrara para conocer cómo se utiliza</li> <li>✓ Hoja con imagen de poner adecuadamente la mesa, para la dinámica de poner la mesa adecuadamente</li> <li>✓ Hojas con imagen de lavar la ropa para que los jóvenes conozcan el procedimiento adecuado de lavar a mano</li> <li>✓ Cartulina con imagen con los pasos para bañarse correctamente</li> <li>✓ Cartulina de semáforo para que logren identificar los colores</li> </ul>	
Lápices de colores	Sirven para iluminar hojas.	1 caja
Cinta adhesiva	Pega objetos a la pared.	1
Pelota pequeña	Se utiliza para jugar	1
Monedas de 1, 5, 10 pesos. Billetes de juguete de 20, 50, 100.	Papel impreso y monedas de metal el cual tienen valor y sirven para comprar artículos.	5 de cada una
Caja registradora (juguete)	Máquina que se usa en los comercios para guardar dinero.	1

### **Instrumentos de Evaluación**

Estos instrumentos son una propuesta para ver el nivel de adaptación o habilidades con las cuales cuentan las personas que integraran el taller, al inicio de este.

#### **1. ICAP (Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, Bruininks et al; 1986 en Montero D, 1999)**

El ICAP fue tipificado en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Montero, 1999) utilizando una amplia muestra (N=900), representativa de la población de las tres

provincias. En lo relativo a la fiabilidad del ICAP, la investigación efectuada sobre todo en muestras de personas con discapacidad mostró que posee una adecuada consistencia interna, una satisfactoria fiabilidad testretest y que las estimaciones realizadas por evaluadores independientes son consistentes entre sí.

Se compone de un registro sistemático de datos relevantes sobre la persona atendida por un servicio y de dos instrumentos normativos de medida, uno de conducta adaptativa y el otro de problemas de conducta.

Es un test de conducta adaptativa cuyo objetivo es medir el nivel de destrezas básicas para desenvolverse con independencia en su entorno y se estructura en cuatro escalas:

- ⇒ Destrezas Sociales y Comunicativas (tanto lenguaje expresivo como receptivo).
- ⇒ Destrezas de la Vida Personal (satisfacción de una manera independiente de las necesidades personales más inmediatas, como por ejemplo comer o vestirse).
- ⇒ Destrezas de Vida en la Comunidad (por ejemplo, la utilización autónoma de transportes públicos, la habilidad de la persona para utilizar dinero o emplear el reloj).
- ⇒ Destrezas Motoras (tanto finas como gruesas).

### **Aplicación**

Es aplicable a personas de todas las edades y fundamentalmente está pensado para ser utilizado en personas con discapacidades, aunque puede admitir un uso con otro tipo de poblaciones, que en ocasiones se excluyen de la categoría anterior, por ejemplo con menores con problemáticas de marginación, tercera edad, personas con problemas de salud mental, etc. Es una prueba sencilla y rápida (20 minutos) que completa de manera independiente (auto administrado) y lo que puede realizar cualquier profesional tales como profesores, asistentes y psicólogos.



## **Registro**

Se lleva un registro del diagnóstico o diagnósticos de la persona, datos personales, y limitaciones funcionales (movilidad, visión, audición y estado de su salud).

## **Calificación**

Es un test de conducta adaptativa el cual mide las puntuaciones de cada escala y engloba las puntuaciones de forma general, en donde se encuentran puntuaciones normativas: de edad, percentiles y puntuaciones típicas, entre otras. Es una prueba de problemas de conducta, que los analiza en base a ocho áreas de las cuales se extraen cuatro índices normativos de problemas de conducta: Interno, Asocial, Externo y General.

Para su evaluación se utiliza el grado de gravedad y la frecuencia de estas conductas, también se registra la respuesta que habitualmente reciben estas conductas por parte de personas significativas del entorno del individuo, ofrece un índice, llamado Nivel de Servicio, que combina las puntuaciones de conducta adaptativa en un 70% y de problemas de conducta en un 30% para ofrecer una estimación de la intensidad de atención, supervisión o enseñanza que requiere la persona, hacen constar los servicios y apoyos de los que disfruta el individuo en el momento presente y una proyección de las necesidades futuras. (Ver figura en anexo1)

## **2. CALS (Inventario de Destrezas Adaptativas, Morreau y Bruininks, 1991 en Montero D, 1999)**

Los módulos del CALS mostraron una consistencia interna relativamente alta. Los coeficientes de fiabilidad Alpha de Cronbach oscilaron entre el 0.86 y el 0.98 en el caso de personas sin discapacidades y entre el 0.88 y el 0.98 en el caso de personas con discapacidades. Los coeficientes de fiabilidad de las dos mitades fueron asimismo elevados, 8 oscilando entre 0.87 y 0.99, en personas sin discapacidades y entre 0.91 y 0.99 en personas con discapacidades.





Para redactar los elementos del CALS y ordenarlos según dificultad los autores originales llevaron a cabo un cuidadoso proceso de selección de los más adecuados, empleando para ello opiniones de profesionales e investigadores vinculados a la educación especial y a servicios sociales para personas con discapacidad.

La versión experimental del CALS se puso a prueba en 524 individuos de todas las edades. El 64 % del muestreo se llevó a cabo entre personas con discapacidades de diversas provincias españolas. El 36% restante se realizó sólo entre personas sin discapacidades de la Comunidad Autónoma Vasca.

Este instrumento complementa los usos del ICAP. El instrumento evalúa un total de 814 destrezas adaptativas cuyo objetivo está destinado a ofrecer una detallada evaluación de las habilidades precisas para que adultos y niños, con y sin discapacidades, se desenvuelvan de forma autónoma en muy variados escenarios: educativos, residenciales, laborales, el propio hogar y otros entornos comunitarios.

Proporciona, sobre todo, información útil para diseñar programas individuales de intervención y para realizar seguimientos de los aprendizajes realizados.

Está estructurado en cuatro grandes áreas:

-  Destrezas de la Vida Personal
-  Destrezas de Vida en el Hogar
-  Destrezas de Vida en la Comunidad
-  Destrezas Laborales.

## **Aplicación**

La información para completar el Inventario de Destrezas Adaptativas la puede proporcionar todo aquel que haya tenido un contacto diario con la persona evaluada durante tres meses o más.

## **Registro**

Este informante debe valorar si la persona puede desempeñar las conductas de cada elemento de una forma independiente. Es decir, tiene que pronunciarse sobre si la persona realiza las conductas bien (con una buena calidad), la mayor parte del tiempo (el 75% o más), cuando sea necesario, y sin que se le pida o recuerde que lo haga

## **Calificación**

La aplicación del CALS, en cualquiera de sus módulos, se detiene cuando la persona no es capaz de realizar independientemente 10 elementos consecutivos. Aunque puede ser empleado de manera independiente, está conceptual y estadísticamente unido al ICAP. Por eso, las puntuaciones de este último permiten proyectar un abanico de ítems del CALS entre los cuales debiera tener lugar la evaluación.

Estas cuatro grandes áreas, cuyos ítems están dispuestos según dificultad creciente, incluyen 24 módulos de destrezas (ver las 2 figuras en el Anexo 2).

## **Procedimiento.**

- ▽ Se acudirá a diversas Instituciones cuya población esté diagnosticada con Síndrome de Asperger y Discapacidad Intelectual leve.
- ▽ Se hablará con las Directoras de los planteles, para proponer el taller y solicitar permiso para pegar carteles en las Instituciones, para invitar a las personas al taller.
- ▽ Se organizará una junta con las personas interesadas en la aplicación del taller, en donde se realizará la presentación del taller, así como también su objetivo y finalidad, el cual consta de 11 sesiones con una duración de 1 hora y media en cada sesión, por dos semanas.

A continuación se mostraran las cartas descriptivas del taller:

## TALLER

### Sesión 1

Objetivo: Presentación y bienvenida al grupo, aplicación de los instrumentos ICAP y CALS.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo, se presentará con los jóvenes e indicará los objetivos del taller.	Sin material	10 minutos
Presentación del grupo	El facilitador les pedirá a los jóvenes que formen un círculo en el salón y se aplicará la dinámica de animales (ver anexo 3).	Tiras de papel con nombres de animales repetidos 2 veces.	15 minutos
Integración del grupo	Posteriormente el facilitador les indicará que formen nuevamente el círculo, en donde realizaremos la dinámica “mar adentro, mar afuera” (ver anexo 4).	No se requiere ningún material	15 minutos
Aplicación instrumentos	El facilitador dará las indicaciones de los instrumentos a los jóvenes y a sus padres para contestarlos.	Cuestionario de ICAP y CALS	40 minutos
Cierre	El facilitador se despedirá agradeciendo la participación del grupo y les recordará que mañana se verán de nuevo.		10 minutos

## Sesión 2

Objetivo: Conocer el procedimiento para que los jóvenes logren cruzar la calle

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo e iniciara la sesión.	Cartulina con dibujo de	10 minutos
Cruzando las calles	<p>El facilitador explicará a los jóvenes la importancia de cruzar las calles así como los accidentes que pueden ocurrir si no se cruza correctamente.</p> <p>En seguida el facilitador utilizará una cartulina con el dibujo del semáforo en donde describirá los colores del semáforo y su significado.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>⇒ El color rojo nos indica que los automóviles se detendrán y nosotros podremos cruzar la calle.</li><li>⇒ El color verde indica que los automóviles se encuentran en movimiento y nosotros nos esperaremos en la esquina de la calle.</li><li>⇒ El color amarillo indica que los automóviles pronto se detendrán, y el color rojo se colocará en el semáforo.</li></ul> <p>De este modo cuando el facilitador haya indicado los colores del semáforo, le dará a cada joven una hoja con un dibujo impreso (ver anexo 5) del cruce de calles.</p> <p>Posteriormente, ya que cada joven tenga la hoja con el dibujo, el facilitador les ayudara a identificar donde se encuentra el semáforo, la esquina para cruzar, el paso peatonal, los peatones y los automóviles.</p> <p>En seguida el facilitador dará la indicación de iluminar el dibujo con diferentes colores de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Azul: paso peatonal</li><li>⇒ Rosa: esquina para cruzar</li><li>⇒ Naranja: peatones (gente)</li><li>⇒ Amarillo: automóviles</li><li>⇒ Negro: semáforo con sus colores respectivos</li></ul> <p>Con la finalidad de que logren identificar los elementos que se encuentran en la calle para lograr correctamente el cruce de calles.</p>	semáforo 8 hojas impresas con dibujo del cruce de calles Lápices de Colores	60 minutos

Terminando de realizar la actividad se saldrá con los jóvenes a la calle a aplicar lo aprendido en el salón

El facilitador utilizará la técnica de modelamiento, basándonos en el procedimiento para cruzar la calle adecuadamente (ver anexo 6), al terminar se les pedirá a los jóvenes que crucen la calle por si solos e identifiquen los elementos para cruzar la calle.

El facilitador deberá recordar que durante el cruce de calles deberá reforzar al joven con palabras motivadoras tales como “lo estás haciendo bien”, “bien hecho” y brindarle seguridad al joven.

Cierre

El facilitador felicitará a los jóvenes por su desempeño en la actividad, y les recordará que lleguen puntual a la sesión de mañana.

20 minutos

### Sesión 3

Objetivo: conocer el procedimiento de planchado de ropa.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo y comenzará la sesión, les pedirá a los jóvenes que formen un círculo, el facilitador se ubicará en el centro del círculo, de tal manera que los jóvenes puedan escuchar las indicaciones y observar el procedimiento	Plancha de juguete Plancha real Burro de planchar 1 vaso de Agua	20 minutos
Planchar ropa	El facilitador les expondrá a los jóvenes la importancia de planchar la ropa así como los accidentes que pudieran ocurrir si no estamos atentos en la actividad. El facilitador repartirá a los jóvenes una hoja con la imagen impresa de una plancha (ver anexo 7) de tal manera que identifiquen donde es seguro agarrar la plancha y en donde nos podemos quemar. Posteriormente el facilitador proporcionará a los jóvenes el anexo 9 para que completen las oraciones, En seguida el facilitador utilizará la técnica de modelamiento donde llevará a cabo el procedimiento para planchar la ropa (ver anexo 8), pondrá el burro de planchar en el centro del círculo y dará los pasos a seguir con un tono de voz claro y alto para que posteriormente los jóvenes realicen la actividad. El facilitador observará que realice el procedimiento correcto corrigiendo los errores que pudiera cometer, el facilitador deberá reforzar al joven con palabras motivadoras.	Ropa (playera, trapo, etc.) 1 barra de chocolate 8 hojas impresas con oraciones para completar 8 hojas impresas con dibujo de una plancha	60 minutos
Cierre	Para finalizar la sesión, el facilitador premiará al joven que mejor haya realizado la actividad con un chocolate y se despedirá del grupo.		10 minutos

#### Sesión 4

Objetivo: identificar el procedimiento para bañarse correctamente

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida a los jóvenes e iniciara la sesión	1 Cartulina con imágenes de	10 minutos
Higiene personal	El facilitador indicará la importancia de tener una buena higiene personal y les preguntará a los jóvenes ¿Que artículos necesitamos para bañarnos? y ¿Qué procedimiento llevan a cabo para bañarse? El facilitador pegará en el salón la secuencia de bañarse correctamente (ver anexo 10) El facilitador utilizará la técnica de modelamiento en donde enseñara en frente del grupo la secuencia para bañarse correctamente Posteriormente le indicará a cada uno de los jóvenes que pase al frente del grupo y ejemplifique la secuencia de bañarse, basándose en las imágenes pegadas. Después de que todos los jóvenes hayan pasado, el facilitador felicitará a los jóvenes por su desempeño en la actividad.	la secuencia para bañarse será pegada en pizarrón 1 Cinta adhesiva Champú Jabón Esponja Toallas de baño Sandalias	60 minutos
Cierre	El facilitador deberá supervisar que los jóvenes realicen correctamente la actividad corrigiendo los errores que pudiera cometer.		20 minutos



## Sesión 5

Objetivo: conocer a utilizar la licuadora a fin de que los jóvenes preparen alimentos molidos.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo e iniciará la sesión del día	Leche	10 minutos
Malteada de fresa	<p>El facilitador les pedirá a los jóvenes que formen un círculo, en donde el facilitador estará al centro con la finalidad de que los jóvenes puedan observar el procedimiento, El facilitador mostrará los alimentos que se necesitaran para preparar la malteada los cuales son fresas, leche, azúcar, canela, así como la licuadora ,y un vaso.</p> <p>El facilitador utilizará la técnica de modelamiento para enseñar el uso de la licuadora, en donde el primer paso será conectar la licuadora a un enchufe.</p> <p>Una vez ya conectada la licuadora, el facilitador le proporcionará al joven el anexo11 a fin de que identifique el funcionamiento de cada botón de la licuadora a utilizar, así como el cuidado que debemos de tener con las aspas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Botón rojo Off- apagado</li><li>⇒ Botón azul velocidad 1</li><li>⇒ Botón azul velocidad 2 (será más rápida la licuadora</li></ul> <p>Posteriormente el facilitador verterá la mitad de un vaso de leche, seis fresas y una cucharada sopera de azúcar a la licuadora, se deberá observar que la tapa este bien colocada para no salpicar y de inmediato encenderemos la licuadora apretando el botón con el logo 1 y con la mano derecha pondremos la mano encima de la tapa.</p> <p>Después de este paso dejaremos trabajar a la licuadora, pasando 15 minutos aproximadamente se apretará el botón de off con la cual se apagara y verificaremos que los alimentos se hayan licuado, para servir la malteada,</p>	<p>6 fresas desinfectadas</p> <p>1 cucharada Azúcar</p> <p>1 licuadora</p> <p>1 vaso</p> <p>1 hoja impresa con una imagen de la licuadora</p> <p>1 pelota de juego</p>	50 minutos
Preguntas	El facilitador realizará una breve dinámica la cual se llama “pelota que pregunta” en donde arrojará una pelota hacia alguno de los jóvenes y le realizará la siguiente pregunta ¿Cómo se utiliza la licuadora?, a lo que el joven tendrá que responder , una vez que haya respondido el joven deberá arrojarle la pelota a otro de su compañero repitiendo la acción sucesivamente hasta que pasen todos los miembros del grupo		20 minutos

El facilitador deberá de supervisar la dinámica de tal manera que todos contesten correctamente la pregunta, en dado caso de no contestar adecuadamente apoyara y corregirá los errores que pudiera cometer.

El facilitador agradecerá por la atención de los jóvenes en la sesión y se despedirá, pidiéndoles que lleguen temprano en la siguiente sesión.

10 minutos

Cierre

## Sesión 6

Objetivo: identificar la técnica para barrer y trapear con fin de que mantengan limpio el hogar.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo y explicará a los jóvenes la importancia de apoyar en el mantenimiento del hogar.	1 escoba	20 minutos
Barrer y trapear	<p>El facilitador mostrará una imagen (ver anexo 12) con la forma correcta de sostener la escoba así como la postura adecuada.</p> <p>El facilitador comenzará por enseñar a identificar lo que es la escoba, recogedor, cubeta, pinol, trapeador, para poder llevar a cabo la actividad, posteriormente se le asignará al joven la tarea de barrer el piso del salón.</p> <p>Antes de iniciar la actividad el facilitador dará una breve explicación de los artículos de limpieza para evitar posibles accidentes, los cuales mencionará que son únicamente para la limpieza del hogar.</p> <p>El facilitador le recordará al joven que deberá tener despejada el área que barrera de ser necesario podrá quitar muebles, tapetes, o cualquier material que pueda estorbar en el salón para realizar la tarea.</p> <p>Una vez ya despejada el área, el facilitador le indicará que agarre la escoba con ambas manos realizando movimientos de atrás hacia delante empezando desde una esquina y llevando la basura al centro del salón, formando con ella una montaña.</p> <p>En seguida el facilitador le pedirá que traiga el recogedor y lo agarre con la mano izquierda y con la otra mano sostenga la escoba, de tal manera que deslizará la escoba con el polvo hacia el recogedor, ya que el polvo este en el recogedor se depositará en el bote de basura, en caso de ser necesario el facilitador lo podrá apoyar sosteniéndole el recogedor.</p> <p>Posteriormente ya después de que el joven haya terminado de barrer, se le pedirá traer el trapeador limpio y que en ambas manos se ponga los guantes para trapear.</p> <p>En seguida el facilitador le indicará llevar la cubeta al fregadero y llenarla hasta la mitad con agua fría, ya que este a ese nivel en seguida tomará el vaso de pinol y lo</p>	1 recogedor 1 cubeta de agua 1 vaso de pinol 1 trapeador 1 guantes para lavar Cartulina con imagen de forma correcta de sostener la escoba	60 minutos

vaciará en la cubeta

Inmediatamente que tengamos la solución de limpieza, se le pedirá que con ambas manos sumerja el trapeador, una vez ya hecho este paso se le indicará que levante el trapeador y lo exprima para quitar el exceso de agua.

Una vez ya húmedo se pondrá en el piso y se trapeará en secciones pequeñas, lo cual se le mencionará que abarque 1 o 2 m cuadrados, realizando movimientos de atrás hacia adelante cubriendo toda el área.

Cuando el joven haya terminado de trapear, se le dará la indicación que enjuague la cubeta y exprima el trapeador para eliminar la suciedad y dejará que el salón seque por completo de ser posible podrá abrir las ventanas y la puerta para que el aire circule y el proceso sea más rápido.

Por último se le indicará al joven que coloque los muebles a su lugar en caso de que hayan sido despejados así como desechar la solución de limpieza en el inodoro.

Cierre

El facilitador supervisará la actividad, corrigiendo errores, se despedirá del grupo., recordándoles la sesión del día siguiente

10 minutos

## Sesión 7

Objetivo: colocar los utensilios correctamente en la mesa antes de cada comida.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo y explicará la actividad.	8 hojas con la imagen correcta	20 minutos
Poner la mesa	<p>El facilitador proporcionará el dibujo del anexo 13 a los jóvenes con el fin de que observen y aprendan a poner correctamente la mesa para comer, el facilitador les indicará que iluminen la imagen e identifiquen los utensilios a utilizar.</p> <p>El facilitador utilizará la técnica de modelamiento, en donde el primer paso será colocar 8 sillas alrededor de la mesa y poner un mantel.</p> <p>Posteriormente en frente de cada silla pondrá un plato grande y encima un plato hondo para la sopa, de lado izquierdo del plato grande se ubicará el tenedor y a lado de este la servilleta.</p> <p>En seguida de este paso se colocará el cuchillo a la derecha del plato grande el cual deberá de apuntar a este, a lado del cuchillo se pondrá la cuchara, inmediatamente se pedirá que se coloque encima del plato grande la cuchara y el tenedor en forma horizontal.</p> <p>Por último el facilitador colocará el vaso de lado derecho encima del cuchillo y la cuchara, así como también al centro de la mesa una jarra de agua.</p> <p>Una vez que el facilitador haya sido el modelador, dará la indicación de que cada uno de los jóvenes pase a realizar la secuencia al frente del grupo, en donde todos observaremos si realiza correctamente el procedimiento.</p>	<p>de la mesa para comer</p> <p>8 vasos para agua</p> <p>8 cucharas soperas</p> <p>8 cucharas para postre</p> <p>8 tenedores</p> <p>8 tenedores para postre</p> <p>8 cuchillos</p> <p>8 platos grandes</p> <p>8 platos hondos</p> <p>1 mesa</p> <p>8 sillas</p> <p>Servilletas</p> <p>1 mantel</p> <p>1 jarra de agua</p> <p>Golosinas</p>	50 minutos
Cierre	Al finalizar el facilitador supervisará el procedimiento y corregirá los errores que se pudieran cometer, premiará al que mejor realice la secuencia con golosinas, se despedirá del grupo, felicitando a todos por el desempeño.		20 minutos

## Sesión 8

Objetivo: aprender a tender la cama a fin de que los jóvenes puedan realizar la acción por sí solos

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida e iniciará la sesión.	Un colchón inflable	15 minutos
Tender la cama	<p>El facilitador utilizará la técnica de modelamiento, el primer paso a realizar es que el joven identifique los elementos a necesitar para tender la cama.</p> <p>En seguida se pondrá un colchón inflable en el piso y se conectara a un enchufe de luz, para generar aire en él, una vez ya listo se tomará la sabana inferior ajustable con ambas manos y daremos golpes sobre el colchón quitando los restos de polvo. Posteriormente estiraremos la sabana sobre las dos esquinas superiores de la cama ajustando el borde elástico en los extremos del colchón, posteriormente se estirara y se alisara para abajo con ambas manos a las otras dos esquinas inferiores, ya que la sabana se encuentre en los cuatro extremos del colchón se verificará que la sabana no quede arrugada o hecha bolas.</p> <p>Después se tomará la sabana superior y se pondrá encima de la sabana ajustable, se deberá extender la sabana superior de manera uniforme a través de la cama con ambas manos alisándola en todo el colchón realizando movimientos de arriba hacia abajo.</p> <p>En seguida se tomara la cobija y se extenderá sobre la sabana superior, con ambas manos se estirara y alisara por el colchón, se deberá de levantar el colchón con la mano derecha y con la mano izquierda se deberán meter las sabana superior y cobija dentro del colchón para que no queden colgando.</p> <p>Para finalizar tomaremos las almohadas y las colocaremos en la cabecera del colchón cubriéndolas con la misma cobija.</p> <p>Es importante que el joven observe detenidamente como lo hace el facilitador para que posteriormente el realice la acción, en caso de que al joven se le dificulte será importante un manejo físico y dar nuevamente las instrucciones.</p>	Una Sabana ajustable Una sábana superior Una cobija 2 Almohadas	60 minutos
Cierre	El joven estará bajo la supervisión del facilitador, el cual corregirá los errores que pudiera comete, despedirá del grupo y les recordara que lleguen puntual mañana		15 minutos

## Sesión 9

Objetivo: discriminar la forma en que la ropa se lava a mano.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo y explicará la importancia a los jóvenes de mantener limpia la ropa.	1 pieza de Ropa	15 minutos
Lavado de ropa	<p>El facilitador les proporcionara a los jóvenes hojas con imágenes impresas del procedimiento para lavar a mano. (ver anexo 14)</p> <p>El facilitador utilizará la técnica de modelamiento para realizar la secuencia del procedimiento.</p> <p>El facilitador comenzará por enseñar a identificar lo que es el detergente, tendedero, tinas, pinzas, para poder llevar a cabo la actividad, así como también mencionara porque es importante separar la ropa de color y la ropa blanca.</p> <p>Después el facilitador llenará dos tinas hasta la mitad con agua tibia, las tinas deberán ser profundas y anchas en donde pueda caber por lo menos una pieza de ropa, ya que estén a ese nivel se le añadirá una cucharada pequeña de detergente a una tina, el cual se deberá de mezclar con el agua.</p> <p>El facilitador se colocará enfrente de las dos tinas, y con una mano sumergirá una pieza de ropa en el agua con detergente, con ambas manos frotará la ropa realizando movimientos de arriba hacia abajo para que la suciedad salga, durante un tiempo aproximado de 2 a 3 minutos.</p> <p>Después de este paso el facilitador sacará la ropa y la introducirá en la tina con agua limpia para enjuagarla y quitarle el exceso de detergente después de este paso exprimirá la ropa, es importante verificar que la ropa este limpia y no tenga residuos de jabón, en caso de tener deberá enjuagar nuevamente, posteriormente el facilitador colocara un tendedero en el salón y tomara la prenda lavada y con dos pinzas la colgara , se tendrá que esperar aproximadamente 2 horas hasta que esté completamente seca.</p>	1 detergente 1 tendedero 2 tinas con agua tibia 2 pinzas para colgar ropa Dulces Hojas blancas impresas con el procedimiento de lavar a mano	55 minutos
Cierre	El facilitador motivará a los jóvenes con dulces, supervisara a los jóvenes y corregirá		20 minutos

posibles errores. El facilitador se despedirá del grupo, recordándoles la sesión del día de mañana.



## Sesión 10

Objetivo: conocer el manejo del dinero con la finalidad que ellos lo puedan utilizar.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador comenzará dando la bienvenida e iniciará la sesión del día.	Monedas de 1, 5, 10 pesos.	10 minutos
Identificar monedas y billetes	El facilitador explicará la importancia a los jóvenes del manejo del dinero y que con el podemos comprar productos y servicios. El facilitador dará a los jóvenes una hoja con imágenes impresas a color de billetes y monedas, con la finalidad de que identifiquen la imagen y el valor de cada uno de ellos (Ver anexo 15).	Billetes de juguete de 20, 50, 100. Hojas con imágenes impresas a color de billetes y monedas. Juego de mesa "life"	15 minutos
Juego life	Posteriormente el facilitador jugará con el joven el juego de mesa "life" el cual consiste en simular la vida de una persona adulta donde tendrá que pasar por múltiples etapas de la vida al trabajar y tener una familia, etc., con fin de que aprenda a manejar el dinero mediante el juego. El facilitador le explicará las instrucciones al joven (ver anexo 16), y mencionará que ganara el que más dinero recaude durante todo el juego, una vez ya dadas las instrucciones y que el joven no tenga ninguna duda con respecto a ellas, se iniciará el juego.		55 minutos
Cierre	Al finalizar el facilitador dará un premio al joven en caso de ganar el juego de mesa. Cabe mencionar que el facilitador supervisará al joven y apoyará durante toda la actividad, les recordará a los jóvenes que mañana es la última sesión del taller.		10 minutos

## Sesión 11

Objetivo: resolver situaciones en donde se maneje el dinero.

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Inicio	El facilitador dará la bienvenida al grupo y comenzará la sesión.	Monedas de 1, 5, 10 pesos.	10 minutos
Problemas matemáticos	En seguida el facilitador proporcionará el anexo 17 a fin de que el joven resuelva problemas matemáticos sencillos para su aprendizaje, es importante que el facilitador se siente a lado del joven y verifique que las respuestas sean correctas, en caso de ser necesario le ayude a resolverlos y podrá brindar más problemas para un mejor aprendizaje.	Billetes de juguete de 20, 50, 100 Hojas impresas con problemas matemáticos	25 minutos
Jugar a la tienda	Después el facilitador utilizará la técnica de role playing, en el cual simularemos un supermercado, donde el facilitador actuará como vendedor y el joven como cliente, el facilitador elaborará una lista de ocho productos de la canasta básica (ver anexo 18) la cual incluirá el nombre del artículo y su precio a fin de que el joven sepa su valor, y con ello utilizaremos una caja registradora de juguete.	Caja de registradora de juguete Lista de alimentos básicos tales como leche, frijoles, mantequilla, aceite, etc	40 minutos
Ir al supermercado	Posteriormente se jugará al supermercado, en una mesa se pondrá la caja registradora y los artículos a vender, se pegará la lista de ellos, al joven se le dará la cantidad de 100 pesos en donde combinaremos monedas y billetes, se le indicará las instrucciones del juego “deberá de comprar entre 2 o 3 artículos que desee de la lista con el dinero que se le dio, verificando que el pago sea correcto así como su cambio” Primero el facilitador actuará como cliente y el joven como vendedor, donde tendrá la misma cantidad de dinero, siguiendo las instrucciones dadas y después se intercambiarán los roles. Se debe recordar que el facilitador apoyará y ayudará al joven por si le es difícil dar la cantidad correcta al pagar, o saber el cambio que se le dará, deberá de reforzar al joven con palabras motivadoras tales como “vas bien”, “lo estás haciendo bien”. En esta actividad el facilitador deberá tener paciencia para que el joven comprenda el valor del dinero.		
Cierre	El facilitador finalizará el taller, agradeciendo a los jóvenes por su desempeño y participación en el taller y dará un pequeño presente a cada uno de ellos.		15 minutos

## Discusión

La propuesta del taller para la adquisición de habilidades para la vida diaria en jóvenes con Discapacidad Intelectual y Síndrome de Asperger, está enfocado principalmente a desarrollar en dichas personas estrategias para que logren ser independientes y autónomos, donde ellos puedan realizar actividades relacionadas con el hogar tales como tender la cama, barrer y trapear, planchar la ropa, etc, por sí mismos y sean capaces de tomar sus propias decisiones, tal como lo menciona Puyalto C (2016 en Fine M & Glendinning C, 2005) el cual define a la independencia como la posibilidad de tomar decisiones por uno mismo, por lo tanto una persona adquiere independencia y autonomía cuando tiene el control sobre sus pensamientos y acciones, es decir cuando “no depende de nadie”.

Asimismo Townsley, Ward, Abbott & Williams (2010) mencionan que la vida independiente es de vital importancia para personas con Discapacidad, ya que representa ante todo el derecho a tener el mismo nivel de elección, decisión y libertad que cualquier otra persona.

Por ello se debe desarrollar la independencia en jóvenes diagnosticados con Síndrome de Asperger y Discapacidad Intelectual, por lo que se deben de trabajar estrategias que le ayuden a lograr una vida lo más independiente posible.

Verdugo M. & Bermejo B. (1998) proponen diez “habilidades adaptativas” fundamentales para el desarrollo de una vida independiente, de los cuales se tomaron tres de ellos para la realización del taller y son las siguientes:

- Autocuidado en donde los autores lo definen como habilidades implicadas en el aseo, comida, vestido e higiene, lo que se pretende lograr en los jóvenes es el desarrollo de una buena higiene personal, donde ellos aprendan la importancia de bañarse correctamente, el tener limpia la ropa, y fomentar un cuidado en su apariencia física.
- Una habilidad fundamental para la realización de este taller son las habilidades de vida en el hogar, Verdugo y Bermejo (1998) las describen

como habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, donde se ven implicadas actividades tales como preparación de alimentos, tareas del hogar y cuidado de la ropa. Por ello el taller se centra en que el joven adquiera dichas habilidades, para que les permitan conocer las responsabilidades que conlleva un hogar así como también su mantenimiento y limpieza, que sea capaz de realizar las actividades domésticas básicas del hogar sin ayuda alguna, de las cuales destacan en el taller actividades tales como poner la mesa, tender la cama, barrer, trapear y lavar la ropa.

- Otra habilidad que mencionan estos autores es el uso de la comunidad, donde se destacó el cruce de calles el cual permite a los jóvenes hacer uso de la comunidad, con la finalidad que puedan desplazarse por lugares cercanos a su domicilio, así como también conocer los riesgos y accidentes que pueden ocurrir al cruzar la calle, otra actividad que es importante para los jóvenes es que sepan realizar compras por sí mismos y tengan el conocimiento del valor del dinero. Dichos autores definen a esta habilidad como “utilización de la comunidad” donde mencionan que son habilidades relacionadas con una adecuada utilización de los recursos de la comunidad incluyendo el transporte, comprar en tiendas, etc.

También se tomó como referencia el instrumento WHO DAS 2.0 (OMS 2010), el cual menciona 6 dominios básicos fundamentales que toda persona con discapacidad debe de tener para desarrollar una independencia favorable, los cuales son comunicación, movilidad-desplazamiento, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades cotidianas domésticas y participación de la sociedad, de estos y para fines de la presente muestra se tomaron 3 de ellos y son los siguientes:

- Movilidad-desplazamiento: al igual que los autores anteriores, el instrumento mide que sepan moverse dentro y fuera del hogar, por ello se pretende que aprendan a desplazarse a distancias cortas del hogar.
- Cuidado personal, el instrumento evalúa la higiene, como se mencionó la finalidad del taller es que los jóvenes desarrollen y entiendan la importancia de tener una buena higiene personal.

- Actividades cotidianas domesticas: son la actividades que más destacan en el taller y lo que se quiere lograr es que sepan realizar actividades domésticas sencillas por si solos. El instrumento evalúa las dificultades de la vida diaria.

Así como también se tomó de referencia a la Federación española de Síndrome de Down (2013) debido a que menciona habilidades que necesita una persona para desarrollar su independencia, en cuanto a las ya mencionadas, la fundación engloba todas en un solo concepto el cual lo define como “autonomía personal” donde menciona que la persona debe de tener higiene personal, cuidado de la ropa, alimentación, limpieza del hogar, realización de desplazamientos, seguridad personal y normas sociales. A lo cual podemos observar que concuerda con lo ya mencionado por Verdugo M. & Bermejo B. (1998) así como también por el instrumento WHO DAS 2.0 (OMS, 2010), por lo tanto podemos destacar que el taller toma ciertas habilidades o dominios de estos autores para potenciar dichas habilidades en personas con necesidades especiales y con ello desarrollar su independencia lo más posible.

También estos autores en conjunto concuerdan en que las habilidades sociales son importantes para el desarrollo de una buena independencia, donde es importante destacar dichas habilidades en pacientes diagnosticados con Síndrome de Asperger, donde el taller les permitirá favorecer su integración con el grupo y contribuir a que tengan una comunicación favorable con sus compañeros, por ello la Federación española de Síndrome de Down (2013) define a las habilidades sociales como identificar el estado de ánimo propio y de los demás, expresar de forma adecuada las emociones, saber mantener una conversación y la capacidad para relacionarse con los demás.

Es importante destacar que el resultado de cada persona es diferente, pero la finalidad que tiene la propuesta es que los jóvenes diagnosticados con dichos trastornos desarrollen su autonomía e independencia con base a sus capacidades, con el único propósito de mejorar su calidad de vida y que sean personas productivas.

## **ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **ALCANCES**

- El participante adquirirá estrategias que le permitirán ser una persona independiente, realizando actividades de la vida diaria.
- El joven logrará ser autosuficiente en donde sea capaz de realizar actividades básicas del hogar por sí mismo, con la finalidad que ayude al mantenimiento y limpieza dentro del hogar.
- El manejo e identificación del dinero le ayudará a que pueda realizar compras por sí solo.
- El cruce de calles le será útil para que pueda desplazarse a lugares cercanos a su domicilio.
- Las actividades que se llevan a cabo en el taller no requieren de material costoso, por lo que puede aplicarse en casa.
- El participante aprenderá a realizar los procedimientos correctos de actividades básicas dentro del hogar.
- Reforzar las actividades dadas en el taller a diversas instrucciones para generar un mejor aprendizaje en los jóvenes.

### **LIMITACIONES**

- El no asistir a las sesiones del taller podrá interrumpir el proceso de aprendizaje y no obtener los resultados esperados al final del taller
- Que el participante deje de asistir al taller y no lo concluya en tiempo y forma.
- La falta de interés y compromiso por parte de los participantes a no querer trabajar en el taller.
- La impuntualidad de los participantes en las sesiones puede afectar el trabajo del grupo y su aprendizaje.
- Que los participante no realicen los procedimientos correctos en las sesiones
- El taller sólo se enfoca en personas diagnosticadas con Síndrome de Asperger y Discapacidad Intelectual leve

## Bibliografía

1. Aldave, López y Varela (2014). *Características y necesidades de la persona en situación de dependencia*; 1ra Ed, España, Editorial: Paraninfo, SA.
2. Aletheia centro psicopedagógico. (2012) *Mitos del Síndrome de Asperger*. Recuperado el 16 de Julio del 2018 de <http://asperger.pe/mitos-del-sindrome-de-asperger/>.
3. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ªed.)*(DSM-IV), Washington, D.C., American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association (DSM 5), Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2013): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
5. Arroyave M & Freyle L. (2009): *La autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. INNOVAR. *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, vol. 19, 2009, pp. 53-64. Recuperado el 16 de Julio de <http://www.redalyc.org/pdf/818/81819025005.pdf>
6. Ayuda, Freire, González, Llorante, Martos. (2012) *El Síndrome de Asperger: Evaluación y Tratamiento*; 1ra Ed, España, Editorial: Síntesis.
7. Antequera M.(2014): *Discapacidad Intelectual*. 1ra edición. España. Junta de Andalucía. Recuperado el 16 de Marzo del 2015 [http://www.upla.cl/inclusion/wpcontent/uploads/2014/08/2014\\_0814\\_inclusion\\_textos\\_discapacidad\\_intelectual.pdf](http://www.upla.cl/inclusion/wpcontent/uploads/2014/08/2014_0814_inclusion_textos_discapacidad_intelectual.pdf)
8. Arellano, A. y Peralta, F. (2013): "Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual como objetivo educativo y derecho básico: estado de la cuestión", *Revista Española de Discapacidad*, 1 (1): 97-117.
9. Bados A & Garcia-Grau E. (2011) *Técnicas Operantes*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado el 5 de Mayo de 2017 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
10. Barnhill G. (2016) *Síndrome de Asperger: Guía para padres y educadores*. RET, *Revista de Toxicomanías*. Nº. 77 - 2016. Kansas.
11. Bellver A. (s.f) *17 Técnicas de juego y relajación para niños*. Recuperado el 5 de Mayo de 2017 de <http://www.lifeder.com/tecnicas-relajacion-para-ninos/>.
12. Blanco & Rodríguez (2010). *Manual práctico de discapacidad intelectual*. Editorial: Síntesis S.A. España: Madrid.
13. *Boletín de la sociedad de centro medica del centro médico nacional "20 de Noviembre"* (2016). *Publicación trimestral de difusión científica*. Año 1 No.2: México.
14. Caballero R. (2008). *Los trastornos generales del desarrollo una aproximación desde la práctica, Volumen II El síndrome de Asperger respuesta educativa*. Universidad de Sevilla. Recuperado el 16 de Julio de <http://colemigueldecervantes.es/images/EnlacesTic2/EduEspecial/trastornos2.pdf#page=7>
15. Castillo, Ledo & Ramos (2012). *Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica en niños*. *Publicación en Norte de salud mental*. 2012, vol.X, n:2 Cuba.
16. Chico A. (2014). *Programas de transición a la vida adulta y laboral*. Universidad de Valladolid. Facultad de educación y trabajo social. Departamento de pedagogía. España.
17. Cobo & Morán (2011). *El Síndrome de Asperger. Intervenciones psicoeducativas*, 1ra Ed, Zaragoza, Editorial: Asociación de Asperger y TGD de Aragón.

18. Consejo nacional del fomento educativo. (2010). *Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. Discapacidad Intelectual*. 1r edición México, D.F
19. Consejo para prevenir la discriminación CONAPRED (2009). Dirección General Adjunta de Estudios Legislación y Políticas Publicas "Estudio sobre discriminación y Discapacidad Mental e Intelectual". México.
20. Coto M (2013) *Síndrome de Asperger. Guía práctica para la Intervención en el ámbito escolar*. Asociación Sevillana de Síndrome de Asperger. San Juan de Aznalfarache, Diciembre.
21. Díaz M. (2013). *Down España. Formación para la autonomía y la vida independiente*. 1ra edición. Madrid, España Gobierno de España. Recuperado el 26 Marzo del 2016 de [http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/144L\\_guia.PDF](http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/144L_guia.PDF)
22. Díaz, Mendoza, Porras. (2011). *Una guía para la elaboración de estudio de caso*. Primera revista electrónica en América latina especializada en comunicación, recuperado el 11 de Mayo de [www.razonypalabra.org.mx](http://www.razonypalabra.org.mx).
23. Delgado (2016). *Etapa Infantil. ¿Cuáles son las causas del Síndrome de Asperger* Recuperado el 6 de Febrero de <https://www.etapainfantil.com/causas-sindrome-asperger>
24. Fantova F. (s.f). Instituto Interamericano del Niño, *Trabajando con las familias de las personas con discapacidad*. Recuperado el 26 de Marzo del 2016 de [http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/Lectura13\\_disc..UT3.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura13_disc..UT3.pdf)
25. Federación española de Síndrome de Down (2013): *Formación para la autonomía y la vida independiente Guía general*. España.
26. Fine, M.; & Glendinning, C. (2005). *Dependence, independence or inter-dependence Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'*. *Ageing & Society*. Núm. 25. 601–621. Doi:10.1017/S0144686X05003600.
27. Fiz (2010). *El Síndrome de Asperger en Adultos*. México.
28. Fundación padres en red (2014). *Familia, discapacidad intelectual y vida autónoma*. Recuperado el 13 de Junio del 2016 de <http://fundacionpadresenred.org/familia-discapacidad-intelectual-y-vida-autonoma/>
29. García & Peña (2005). *El diagnóstico psicopedagógico en la educación especial: estudio de caso (en línea)*. Trabajo para obtener el grado. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Disponible en <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/10939/EI%20diagnostico%20psicopedagogico%20educacion%20especial.pdf?sequence=1>
30. García, M. (2000). *Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento: CIE 10: CDI-10*
31. García J. (2003). *El movimiento de vida independiente, experiencias internacionales*. Editorial: Fundación Luis vives. España
32. Gómez, Hernández, Rojas, Santa Cruz & Uribe (2008). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ra edición. Panamericana.
33. González, G. (2012) *Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Las familias ante la Discapacidad*. Vol. 15 No. 3. Recuperado el 13 de Junio de 2016 de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/33643/30711>
34. González L. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Ed Ciencias Médicas. La Habana.
35. González P. (2003). *Discapacidad Intelectual Concepto, Evaluación e Intervención Psicopedagógica*. 1ra Edición CCS.
36. Guevara y González (2012). *Las familias ante la Discapacidad*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de estudios superiores de Iztacala. México: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15, (3), 2012. Recuperado el 16 de Julio de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi123m.pdf>



37. CIE -10 (2000) *Guía de bolsillo de la Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento con glosario y criterios de diagnóstico de intervención*. España, Ed: Medica Panamericana.
38. Ingalls. P. Robert (1982). *Retraso Mental, La nueva perspectiva*. 1ra edición. México, D F. *Manual Moderno: se utilizó para saber los antecedentes históricos del retraso mental, su etiología, concepto, diagnóstico, etc.*
39. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2016). *Tratamientos farmacológicos para el trastorno del espectro autista una revisión*. Vol. 27, número 6, junio 2016. México.
40. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) *Estadísticas a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependiente*. Aguascalientes, México.
41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014) *La Discapacidad en México*. Aguascalientes, México.
42. Izuzquiza (2015). *La autodeterminación en el currículo de la acción tutorial para alumnos con Discapacidad Intelectual. Propuestas didácticas para la escuela inclusiva*. Departamento de didáctica y Teoría de la Educación. Universidad Autónoma de Madrid.
43. Jordán de Urries, F. & Verdugo, M. (2013) *Transición a la vida adulta*. En M. A. Verdugo, R.L. Schalock (Coord.) *Discapacidad e Inclusión: Manual para la Docencia* (pp. 359-378). Salamanca: Amarú Ediciones. ISBN 978-84-8196-350-X
44. Kaplan, Sadock & Grebb (1999). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica*. Buenos Aires. Séptima edición. Ed: Panamericana
45. *Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad* (2011). Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011. Recuperado de [http://www.sct.gob.mx/fileadmin/DireccionesGrales/DGAF/DGA\\_Normas/Terminales/2.\\_Ley\\_General\\_de\\_Inclusi%C3%B3n\\_de\\_las\\_Personas\\_con\\_Discapacidad.pdf](http://www.sct.gob.mx/fileadmin/DireccionesGrales/DGAF/DGA_Normas/Terminales/2._Ley_General_de_Inclusi%C3%B3n_de_las_Personas_con_Discapacidad.pdf)
46. *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (2006). España. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
47. Liesa & Vived (2010). *Discapacidad, edad adulta y vida independiente estudios de casos*. Universidad de Zaragoza. *Educación y Diversidad*,4 (1) enero-junio 2010,ISSN:1888-4857,pp.101-12.
48. López R & Munguía A. (2008) *Síndrome de Asperger*. *Revista del postgrado de Psiquiatría*, UNAH Vol. 1, No.3.
49. Luque P & Luque R (2016). *Discapacidad Intelectual consideraciones para su intervención psicoeducativa*. Editorial: Wanceulen. 1ra edición.
50. Madrigal A. (s.f). *El Síndrome de Down*.
51. Maldonado M. *Discapacidad Intelectual*. 1ra edición. España. Junta de Andalucía. Recuperado el 16 de Marzo del 2015 [http://www.upla.cl/inclusion/wpcontent/uploads/2014/08/2014\\_0814\\_inclusion\\_textos\\_discapacidad\\_intelectual.pdf](http://www.upla.cl/inclusion/wpcontent/uploads/2014/08/2014_0814_inclusion_textos_discapacidad_intelectual.pdf)
52. Martínez R. (s.f). *autonomía, autodeterminación y discapacidad: percepción de la autonomía en el ámbito de la discapacidad*. UAM. Facultad de Psicología.
53. Márquez, Zanabria, Pérez, Aguirre, Arciniega & Galván (2011). *Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual*. *Salud mental* vol. 34, No.5, México. DF. sep./oct. 2011
54. *Medición de la salud y la Discapacidad*. (2010) *Manual del Cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS WHO-DAS 2.0*. Recuperado el 16 de Octubre del 2017 de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf)
55. Miguel y Cerrillo (2010). *Formación para la inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual*. Editorial: pirámide. España.

56. Montaner J. (2001) *La persona con retraso mental, bases para su inclusión social y educativa, guía para padres, 1ra edición, Ediciones Albiye.*
57. Montero D. (1999). *El sistema valoración de enseñanza-evaluación de destrezas adaptativas: ICAP, CALS Y ALSC. España: Salamanca.*
58. Naranjo R. (2014) *Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. Universidad nacional de Colombia.*
59. Nichcy (2010). *Discapacidades Intelectuales. desarrollado por FHI 360 a través del Acuerdo Cooperativo H326N080003 con la Oficina de Programas de Educación Especial, Departamento de Educación de los Estados Unidos.*
60. Organización Mundial de la Salud. (2010) *Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS WHODAS 2.0.*
61. Orús M & Conte E (2010): *Discapacidad, edad adulta y vida independiente estudios de casos, Universidad de Zaragoza. Educación y Diversidad, 4 (1) enero-junio 2010, ISSN: 1888-4857, pp. 101-124.*
62. Reynoso, Rangel & Melgar (2016) *El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev Med Inst Mex Seguro Sec.*
63. Ripolles M (2002). *Una construcción social de la Discapacidad: El movimiento de vida Independiente. Jornadas de Foment de la Ivestigació. Universitat Jaume.I*
64. Rivas A. (2009) *Vivir de la discapacidad. Grupos de trabajo "cuentos para aprender". México: Cultiva libros n. 126*
65. Rivera, R. & Urbina, J. (1989). *Estadísticas básicas sobre la formación de psicólogos en México: El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. México: UNAM.*
66. Ruiz S. (2016) *Tesis doctoral: la figura del asistente personal en la promoción de la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad intelectual. Universidad autónoma de Madrid. España.*
67. Pallisera, M. (1996): *Transición a la vida activa y edad adulta de las personas con discapacidad. Barcelona: EUB.*
68. Pérez J. (s.f) *Discapacidad e integración: la educación especial hoy (en línea). Trabajo final de grado. Universidad nacional de La Plata. Facultad de humanidades y ciencias en la educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.620/te.620.pdf>*
69. Puyalto C. (2016). *Tesis doctoral: la vida independiente de las personas con discapacidad intelectual. Análisis de los apoyos y las barreras que inciden en la consecución de sus proyectos de vida. Universidad de Girona.*
70. Saad E. (2011) *Tesis doctoral: Transición a la vida independiente de jóvenes con discapacidad intelectual: estudio de casos en entorno universitario. Universidad Nacional Autónoma de México.*
71. Santrock, J. (2006). *Psicología de la educación. México: Mc Graw Hill*
72. Schalock (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. III Jornada científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad Universidad de Salamanca..*
73. Schalock R & Verdugo M (2010). *Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con Discapacidad Intelectual. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad Universitaria de Salamanca. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. España, Vol. 41 (4), Núm. 236: Pág. 7 a Pág. 21. Recuperado el 16 de Julio de [http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc\\_236.pdf](http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf)*
74. Secretaria de Salud (2012): *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. México. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/528\\_GPC\\_Espectroautista/GER\\_Autismo.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/528_GPC_Espectroautista/GER_Autismo.pdf)*

75. Siboldi, J. , (2011). *Síndrome de Asperger y habilidades sociales : un abordaje grupal [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades "Teresa de Ávila". Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/sindrome-asperger-habilidades-sociales-abordaje.pdf>*lamanca, España.
76. Solloa L. (2001). Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México. Trillas. pp: 40-48:
77. Teorías del aprendizaje. Universidad panamericana para el desarrollo (2011).Recuperado el 26 de Marzo del 2016 de [http://moodle2.unid.edu.mx/dts\\_cursos\\_md/lic/ED/TA/S11/TA11\\_Lectura.pf](http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/lic/ED/TA/S11/TA11_Lectura.pf)
78. Townsley, Ward, Abbott & Williams (2010) *The Implementation of Policies Supporting Independent Living for Disabled People in Europe:Synthesis Report.* University of leeds.
79. Valencia A. (2014) *Breve historia de las personas con discapacidad: De la opresión a la lucha por sus derechos.* Argentina.
80. Vega C. (2011). *Apoyos y Servicios y Calidad de Vida en centros residenciales chilenos para persona con discapacidad intelectual. 1ra Ed, ppppo*España, Editorial: Universidad de Salamanca.
81. Velasco (2017) *la inclusión laboral de las personas con discapacidad: un estudio comparativo entre España y México: ITES.* Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=8agsDwAAQBAJ&pg=PT77&dq=inclusi%C3%B3n++discapacidad+intelectual&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi4xM6y9aLVAhXD7YMKHU-KDXAQ6AEITzAl#v=onepage&q=inclusi%C3%B3n%20discapacidad%20intelectual&f=false>
82. Verdugo M. (2002).. *Análisis de la definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. España Vol.34 (1) Num.205*
83. Verdugo, M.. & Schalock, R. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales.* Madrid: Alianza Editorial
84. Verdugo M. (2006) *Programa de habilidades para la vida diaria para la mejora de la conducta autodeterminada en personas con enfermedad mental grave y prolongada.* Universidad de Salamanca.
85. Verdugo M. & Bermejo B. (1998). *Retraso mental adaptación social y problemas de comportamiento.* España: Pirámides. pp: 25-140.
86. Woolfolk A. (s.f) *Psicología Educativa, Universidad del estado de Ohio: Pearson education.* 9na edición.

**Anexos.**

Anexo. 1 **Ámbito y estructura del ICAP, Montero (s.f).**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
A. INFORMACION DESCRIPTIVA	
DESTREZAS MOTORAS	
DESTREZAS SOCIALES Y COMUNICATIVAS	B. CATEGORIA DIAGNOSTICA
DESTREZAS PARA LA VIDA PERSONAL	C. LIMITACIONES FUNCIONALES Y ASISTENCIA NECESARIA
DESTREZAS PARA LA VIDA EN LA COMUNIDAD	D. CONDUCTA ADAPTATIVA
PUNTAJES	
COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO O DAÑO A SI MISMO	PUNTAJES DE SERVICIO
INTERNO	
HABITOS ATIPICOS Y REPETITIVOS-ESTEREOTÍPIAS	
RETRAIMIENTO O FALTA DE ATENCION	
HETEROAGRESIVIDAD O DAÑO A OTROS	
DESTRUCCION DE OBJETOS	EXTERNO
CONDUCTA DISRUPTIVA	E. PROBLEMAS DE CONDUCTA
CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA	F. UBICACION RESIDENCIAL
CONDUCTAS NO COLABORADORAS	ASOCIAL
	G. SERVICIOS DE DIA
	H. SERVICIOS DE APOYO
	I. ACTIVIDADES SOCIALES Y DE OCIO
	J. INFORMACION GENERAL Y RECOMENDACIONES

Anexo 2. Módulo de destrezas del CALS (Montero, s.f)

Áreas	Módulos de Destrezas		Número de Elementos	
	(CALS)	Unidades Enseñanza (ALSC)		
1.0 Destrezas de la Vida Personal	1.1 Socialización		33	
	1.2 Comida			45
	1.3 Higiene y Presencia		33	
	1.4 Uso del Retrete			16
	1.5 Vestido			51
	1.6 Cuidado de la Salud		46	
	1.7 Sexualidad			18
2.0 Destrezas de la Vida en el Hogar	2.1 Cuidado de la Ropa		27	
	2.2 Planificación y Preparación de Comida		61	
	2.3 Limpieza y Organización del Hogar			47
	2.4 Mantenimiento del Hogar			26

			44	
				19
3.0 Destrezas de la Vida en la Comunidad	3.1 Interacción Social			44
	3.2 Movilidad y Viajes			35
	3.3 Organización del Tiempo			23
	3.4 Manejo y Admón. del Dinero. Compras		55	
	3.5 Seguridad en la Comunidad		30	
	3.6 Ocio Comunitario			20
	3.7 Participación en la Comunidad		56	
4.0 Destrezas Laborales	4.1 Búsqueda de Empleo		16	
	4.2 Conducta y Actitud ante el Empleo			30
	4.3 Relación con los Empleados		25	
	4.4 Seguridad en el Trabajo			14
<b>Total</b>				<b>814</b>

### Anexo 3. Dinámica de presentación del grupo

#### ▽ **Animales**

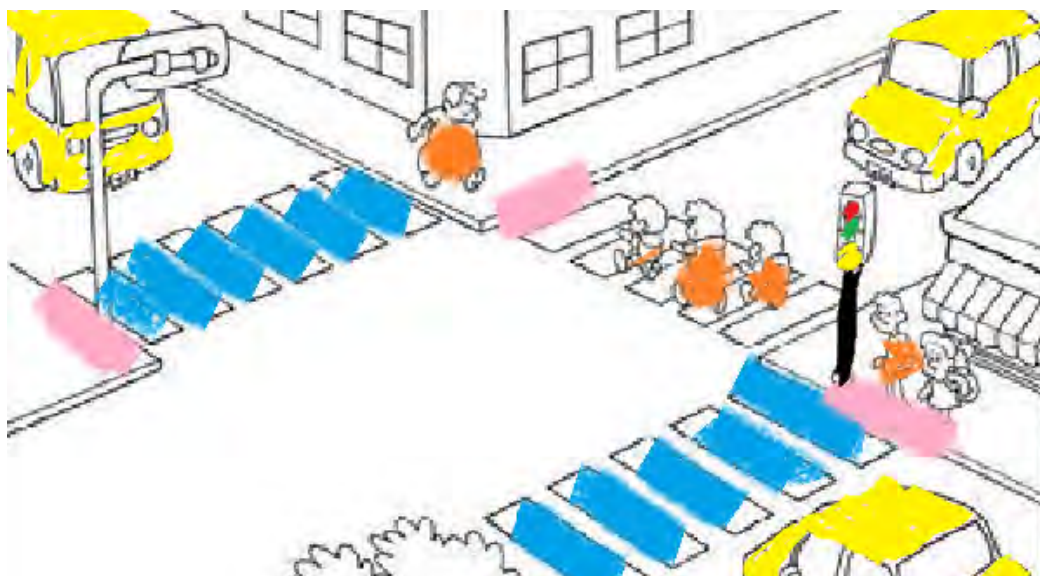
- **Objetivos:** Favorecer la presentación e integración del grupo para crear un ambiente de confianza entre los miembros del grupo.
- **Tiempo necesario:** alrededor de 15 minutos.
- **Tamaño del grupo:** entre 6 a 10 personas.
- **Lugar:** espacio amplio para formar un círculo
- **Materiales necesarios:** tiras de papel con nombres de animales repetidos dos veces
- **Pasos a seguir:**
  - ⇒ El facilitador entregará a cada participante una tira de papel con el nombre de un animal.
  - ⇒ Posteriormente indicará a los participantes que deberán encontrar su pareja quien es dueña de una tira de papel con el nombre del mismo animal
  - ⇒ Una vez hallada la pareja se deberán presentar respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Quién eres tú? ¿Qué haces? ¿Cuántos años tienes? ¿Qué te gusta hacer?
  - ⇒ Para finalizar la actividad, las parejas deberán presentarse mutuamente ante el resto del grupo.

## Anexo 4. Dinámica de integración del grupo

### ▽ **Mar adentro, mar afuera**

- **Objetivos:** Favorecer la integración para crear un ambiente de confianza.
- **Tiempo necesario:** alrededor de 15 minutos.
- **Tamaño del grupo:** entre 6 a 10 personas.
- **Lugar:** espacio amplio para formar un círculo
- **Materiales necesarios:** 1 dulce para el ganador
- **Pasos a seguir:**
  - ⇒ El facilitador indicará a los participantes que se colocan en un círculo.
  - ⇒ Se le darán las indicaciones de la dinámica, cuando el facilitador diga ¡Mar afuera! Saltan o dan un paso hacia afuera del círculo y cuando se diga ¡Mar adentro! Van a saltar o dar un paso hacia dentro del círculo.
  - ⇒ Se va repitiendo las indicaciones combinándolos de forma repetida hasta que vayan saliendo los participantes y queden. Al final se pide que le den un aplauso al ganador y se le dará un dulce.
- **Recomendaciones:** la técnica se recomienda que se realice con rapidez para evitar la dispersión del grupo.

Anexo 5. Dibujo cruce de calles



Anexo 6. Dinámica de cruce de calles.

Pasos	Actividad
Paso 1	Se identificará cual es la calle a donde se quiere cruzar, ya identificada la calle, nos pararemos en la esquina y reconoceremos el paso peatonal donde podremos pasar.
Paso 2	Ya identificado el paso peatonal y que la persona se encuentre en la esquina de la calle, se localizara el semáforo, y se observará la dirección en que van los automóviles.
Paso 3	Posteriormente ya identificado el semáforo y la calle, antes de cruzar se volteara a todas las direcciones donde probablemente podrían pasar los automóviles.
Paso 4	La persona esperara a que el semáforo indique el color rojo en donde es seguro cruzar la calle y los automóviles se detienen.
Paso 5	Cuando el semáforo indique el color rojo y los automóviles estén sin movimiento, se podrá se cruzar al otro lado de calle, caminando rápido y de manera atenta.



## Anexo 7. Imágen plancha



## Anexo 8. Dinámica planchar una camisa.

Pasos	Actividad
Paso 1	Poner el burro de planchar
Paso 2	Conectar la plancha al enchufe de luz más cercano
Paso 3	Poner la plancha parada y esperar unos 5 minutos a que se caliente
Paso 4	Verificar que este caliente la plancha, en un vaso poner agua y salpicar la parte debajo de la plancha, si sale vapor nos indicara que esta lista para utilizarse.
Paso 5	Poner la plancha en la parte metálica del burro de planchar, y poner la playera encima del burro
Paso 6	Estirar con las manos la playera y agarrar de la parte de arriba la plancha fuerte, y realizar movimiento de adelante hacia atrás en la playera
Paso 7	Ya que este planchado el lado que hayamos puesto la playera, dejar la plancha en la parte metálica del burro de planchar y dar vuelta a la playera para planchar del otro lado realizar los mismos movimiento de adelante hacia atrás.
Paso 8	Ya que la playera este sin ninguna arruga, dejar la plancha del lado metálico del burro de planchar, desconectar la plancha y dejar que se enfríe.
Paso 9	La playera la doblaremos y la guardaremos, ya que la plancha enfríe, guardarla al igual que el burro de planchar.

## Anexo 9. Completar oraciones

Indicaciones: completa las oraciones con las palabras del recuadro para el procedimiento de planchar la ropa

Manos, plancha, Burro de planchar, guardar, manija de arriba, agua, ropa, atento, enfrié,

- 1.- Poner el burro de planchar
2. Agarrar la plancha de la manija de arriba para no quemarnos
- 4.- Salpicar con agua la plancha de la parte de abajo para ver si está caliente
- 5.- Estar atentos mientras planchamos
6. Poner la ropa en el burro de planchar
- 6.- Ver nuestras manos para no quemarnos mientras realizamos movimientos con la plancha
- 7.- Esperar a que se enfrié para guardarla
- 8.- No dejar de mover la plancha, si no podríamos quemar la ropa
9. Guardar el burro de planchar y la plancha

## Anexo 10. Procedimiento para bañarse correctamente



Autor pictogramas: [Sergio Palao](http://www.scribd.com) Procedencia: [ARSAAC](http://catedu.es/arsaac/) (http://catedu.es/arsaac) Licencia: CC (BY-NC-SA) Autor: José Manuel Marcos

Autor pictogramas: [Sergio Palao](http://www.scribd.com) Procedencia: [ARSAAC](http://catedu.es/arsaac/) (http://catedu.es/arsaac) Licencia: CC (BY-NC-SA) Autor: José Manuel Marcos

1. Quitarse la ropa e ir al baño
2. Abrir las llaves de la regadera, poner la temperatura correcta de agua
3. Meterse a la regadera
4. Enjuagarse
5. Agarrar la botella de champú y poner un poco en la mano
6. Dejar la botella de champú en su lugar
7. Con el champú tallar el cabello
8. Enjuagar el cabello
9. Tomar el jabón y el estropajo y remojarlos con el agua
10. Frotar el jabón en el estropajo hasta generar espuma
11. Tallarse con el estropajo todo el cuerpo
12. Remojarse
13. Enjuagar el estropajo hasta quitarle el exceso de jabón
14. Enjuagarse todo el cuerpo
15. Cerrar las llaves
16. Salir de la regadera y tomar la toalla para bañar
17. Secarse el cuerpo
18. Vestirse con la ropa
19. Secarse el cabello (opcional)
20. Salir del baño

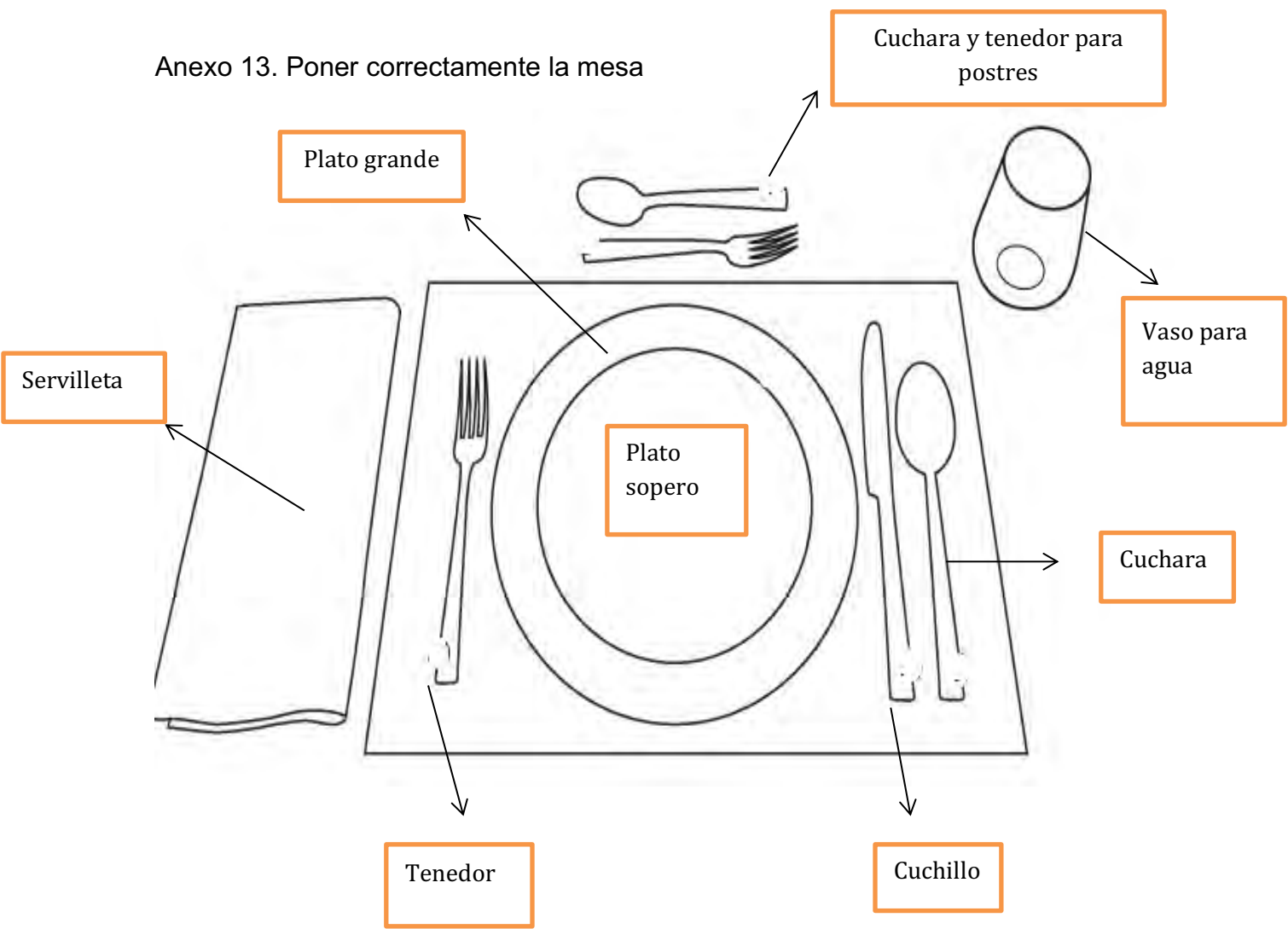
Anexo 11. Sesión 5 actividad “Malteada de fresa”



Anexo 12. Sesión 6 “Barrer y Trapear”



Anexo 13. Poner correctamente la mesa

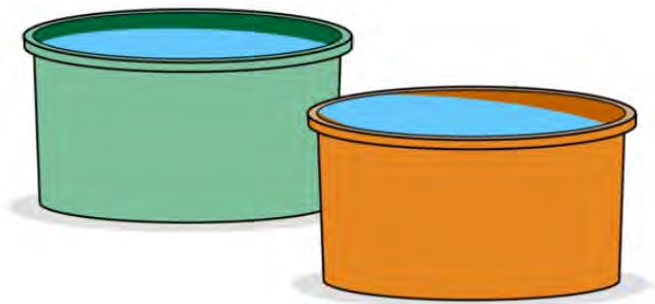


Anexo 14. Lavar la ropa a mano

1. Lavar la ropa oscura y la ropa clara por separado



2. Se deberán llenar dos tinas con agua tibia del fregadero



3. Se añadirá detergente a una tina de agua

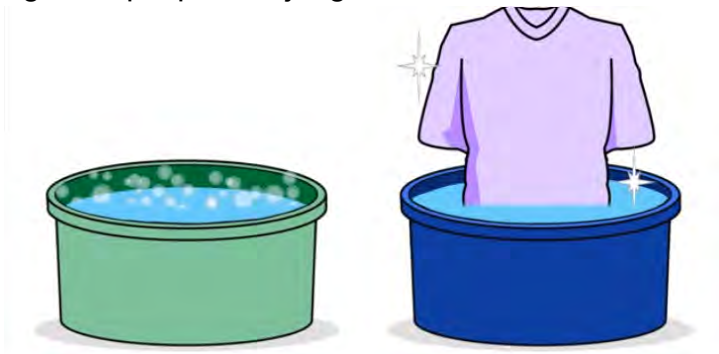


4. Añadiremos la pieza de ropa al agua con detergente y realizaremos movimientos con ambas manos de arriba hacia abajo para quitarle la suciedad.

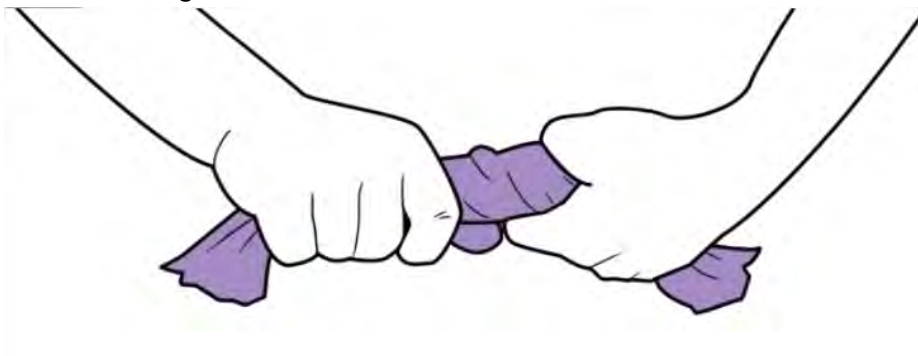


+

5. Se deberá sacar la ropa del agua con detergente y colocarla en la otra tina con agua limpia para enjuagarla.



6. Una vez ya enjuagada la ropa, con ambas manos se exprimirá para quitar el exceso de agua, realizando movimientos circulares con ambas manos



7. Para finalizar se deberá de tender la ropa en un tendedero





## Anexo 15. Valor del dinero

CINCO CENTAVOS



DIEZ CENTAVOS



VEINTE CENTAVOS



CINCUENTA CENTAVOS



UN PESO



DOS PESOS



CINCO PESOS



DIEZ PESOS



VEINTE PESOS





## Anexo 16. Instrucciones juego "LIFE"

### ¡Juega!

**Cómo ganar**  
Mueve tu coche desde la casilla de salida hasta la de jubilación y vive toda clase de aventuras inesperadas.  
Una vez todo el mundo se haya jubilado, ¡el jugador más rico gana!

**Cómo jugar**  
Empieza el jugador más joven.

### En tu turno

**1 Gira y mueve**  
Gira la ruleta y avanza este mismo número de casillas.



**STOP** Para inmediatamente si llegas a una casilla de STOP (incluso si todavía te quedan movimientos). Cada casilla de STOP es única... mira la contraportada.

**Día de cobro.** Si pasas o caes en una casilla de Día de cobro durante tu turno, cobra tu salario de la banca inmediatamente.



**2 ¿Dónde has caído?**  
Mira la sección Las casillas del tablero en la siguiente página cuando caigas en cada casilla.



*Ejemplo: Si caes en una casilla de Acción, coge una carta de Acción.*





















**3 ¡Eso es todo!**  
Tu turno termina y el turno para girar la ruleta pasa al jugador de tu izquierda.



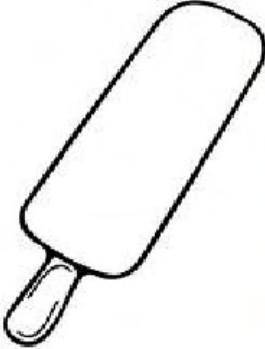

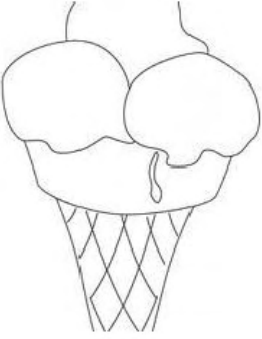

### ¡Empieza a jugar!






Esto es todo lo que necesitas saber para empezar a jugar. Consulta las casillas cuando caigas en ellas.

Anexo 17. Problemas matemáticos

**Colorea las monedas que se necesitan.**

 \$ 39	  
 \$ 47	  
 \$ 38	  
 \$ 36	  
 \$ 27	  

<p><b>Si, un barquillo cuesta 6 pesos</b></p>	<p><b>Una paleta de helado vale 4 pesos</b></p>	
		
<p><b>¿Cuánto dinero necesito para comprar los dos ? Resuelve el problema y pinta tantas monedas como sea necesario en el cuadro de al lado</b></p>		
<p><b>Una copa de helado triple vale 8 pesos</b></p>	<p><b>Una copa de helado simple vale 1 peso</b></p>	
		
<p><b>¿Cuánto costaría comprar ambas copas de helados? Resuelve el problema y pinta tantas monedas como sea necesario en el cuadro de al lado</b></p>		

<p><b>Me regalaron un par de botas que valen 5 pesos</b></p>	<p><b>También me regalaron un par de guantes que valen 2 pesos</b></p>	
		
<p><b>¿Cuánto dinero hay entre los dos regalos que recibí? Resuelve el problema y pinta tantas monedas como sea necesario en el cuadro de al lado</b></p>		
<p><b>Pagué a la ida 5 pesos en la micro</b></p>	<p><b>pagué a la vuelta 5 pesos en la micro</b></p>	
		
<p><b>¿Cuánto dinero pagué en total en la micro? Resuelve el problema y pinta tantas monedas como sea necesario en el cuadro de al lado</b></p>		

Anexo18. Lista de artículos básicos

<b>Artículos</b>	<b>Precio</b>
<b>Leche alpura</b>	<b>\$19.05</b>
<b>Frijoles negros la costeña</b>	<b>\$11.25</b>
<b>Atún dolores</b>	<b>\$18</b>
<b>Huevo blanco (12 piezas)</b>	<b>\$26.50</b>
<b>Arroz Morelos</b>	<b>\$27</b>
<b>Aceite vegetal 1, 2, 3</b>	<b>\$28.50</b>
<b>Pan blanco caja</b>	<b>\$29</b>

