



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DIRIGIDO A PADRES CON
HIJOS DE ENTRE 4-6 AÑOS QUE PRESENTAN DISCAPACIDAD
INTELECTUAL PARA APOYAR EL DESARROLLO DE
HABILIDADES SOCIALES QUE PERMITAN SU INTEGRACIÓN A
LA SOCIEDAD**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
LUZ DEIDAMIA ROLDÁN RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN**



Ciudad Universitaria, D.F.

Octubre, 2012.



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.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
1.1 Definición de retraso mental de la Asociación Americana de Retraso Mental, (AAMR)	5
1.2 Conceptos sobre el retraso mental de diversos autores.....	6
1.3 Clasificación.....	9
1.4 Definición de discapacidad.....	17
1.5 Discapacidad intelectual.....	20
1.6 Discapacidad intelectual en México.....	21
CAPITULO 2. LA FAMILIA	
2.1 Concepto de familia.....	27
2.2 Tipos de familia.....	29
2.3 Estilos de crianza.....	31
2.4 La familia frente a la discapacidad intelectual de uno de sus miembros....	32
CAPITULO 3. HABILIDADES SOCIALES	
3.1 ¿Qué son las habilidades sociales?.....	41
3.2 Teorías sobre el aprendizaje.....	49
3.2.1 Teoría cognoscitiva: Aprendizaje significativo.....	50
3.2.2 Teoría socio-histórica-cultural.....	52
3.2.3 Teoría evolucionista-sociocultural.....	54
3.2.4 Teoría psicogenética.....	57
3.2.5 Modelo ecológico.....	59
3.3 Entrenamiento de la habilidades sociales.....	63
3.4 La evaluación de las habilidades sociales.....	65

CAPITULO 4. PROPUESTA

4.1 Justificación.....	68
4.2 Programa.....	69
4.3 Participantes.....	70
4.4 Espacio, material e instrumentos.....	70
4.5 Diseño y fases del programa.....	71
4.5.1 Sensibilización para crear una red de apoyo.....	71
4.5.2 Desarrollo.....	71
4.6 Procedimientos en el hogar.....	72
4.7 Procedimiento en la comunidad.....	73
4.8 Red de apoyo: Materiales de apoyo.....	73
4.9 Evaluación.....	73
4.6 Conclusiones.....	75

REFERENCIAS.

ANEXOS.

RESUMEN

El presente trabajo es una propuesta de intervención para enseñar a los padres de familia a detectar las habilidades sociales que poseen o no sus hijos con discapacidad intelectual, a través del entrenamiento para observar, delimitar y poner en práctica elementos que les permita guiar a los menores hacia comportamientos socialmente adaptativos, que debido sus condiciones, tardan más tiempo en adquirir de forma natural y que necesitan incorporar lo más pronto posible, como conductas socialmente adecuadas que se demuestren en los ambientes donde interactúen.

A lo largo de los capítulos se presenta en primer lugar un recorrido a la discapacidad intelectual, partiendo del concepto retraso mental y su historia; segundo la familia, sus características de crianza y su vivencia con el retraso mental y discapacidad; tercero, los antecedentes de las habilidades sociales, el entrenamiento de las mismas y algunas teorías sobre el aprendizaje; para concluir, con el programa para padres, su desarrollo y experiencias.

ABSTRACT

The present work is a proposal of intervention for teach parents to identify the social skills they possess or not their children with intellectual disability, this acquisition can be possible through the training to look, delimit and put on practice elements that can let them guide their children socially adaptive behaviors. Due to the condition of children, they take more time to acquire naturally that kind of behaviors and they need to incorporate as soon as possible as socially adequate conducts shown on the environments they interact.

Along the chapters we will first run over the intellectual disability doing reference to the mental deficiency concept and its history. Second, the family and its characteristics as the parenting. Third, the precedents of the social skills, the training same and some theories about learning and the social skills training; to conclude with the program for parents, its development and experiences.

INTRODUCCIÓN

Cuando alguna una persona, madre o maestro mencionan lo que observan y viven día a día con los niños con discapacidad intelectual y remarcan sobre todo su “mal” comportamiento, en cualquiera de los espacios que comparten con ellos, comentan: “que no obedecen”, “no quieren trabajar”, “no conocen reglas”, “no hacen caso”, “que no entienden”, “que son groseros”.

En fin, un sinnúmero de frases negativas y, mucha de ellas, dichas con impotencia y frustración: “al final, lo dejo hacer lo que quiere”, lo cual refleja la falta de habilidad para convivir y enseñar a los niños con discapacidad intelectual formas de comportamiento adecuadas para que los menores se desenvuelvan en sus diferentes contextos.

Para que al final afirmen: “no importa que no aprenda nada, pero prefiero que se porte bien y que no tenga que sacarlo, castigarlo o regañarlo”.

Los comportamientos positivos se valoran más en los contextos sociales, aquellos que van dentro de las normas generales de convivencia y que no crean conflictos dentro de los grupos.

Si se considera que la conducta es lo primero que es percibido por los demás, entonces lleva a las personas a tener un prejuicio acerca del comportamiento de las personas con discapacidad intelectual, cuando éstas carecen de habilidades sociales, mismas que prevalecerán e incluso llegan a generalizarse como propias de la condición, hasta que en tanto demuestren nuevas actuaciones que hagan cambiar de opinión.

Por tal motivo, en los casos de los niños con discapacidad intelectual, el área de disminución cognitiva y de los aprendizajes académicos que tengan que ver con

ello, pasan a un segundo plano; para prevalecer el comportamiento social de los menores, sea o no adaptado y adecuado.

Tomando en cuenta lo anterior, desarrollar habilidades sociales adaptativas en los menores con discapacidad intelectual en sus primeras etapas de desarrollo, les puede significar manejar las relaciones y reducir conflictos con las personas que los rodean, buscar y alcanzar la autonomía y la seguridad en diversas direcciones dentro de los ambientes en que se desarrollen y con ello disminuir las connotaciones negativas de ser personas que presentan dificultad para tener comportamiento adecuados.

Por lo que es necesario considerar las habilidades sociales adaptativas como los ejes que promuevan y consoliden logros inclusivos a lo largo de su desarrollo individual, familiar y social, a partir de aprendizajes dirigidos y específicos.

Para lograr lo anterior, se propone implementar un programa que instruya y capacite a los padres, para conocer, apoyar y valorar la condición de sus hijos y dar paso a la habilitación de los niños hacia aprendizajes sociales; con la misión de valorar y promover lo que aprenden, desarrollan y hacen; tomando en cuenta y reconociendo que la discapacidad intelectual conlleva características específicas y diversidad en las situaciones de cada persona y familia.

El programa pretende llevar a cabo una serie de acciones a través de los padres que permitan desarrollar en sus hijos en edades de entre 4 y 6 años, habilidades y destrezas en las áreas de comunicación, personal-social y conductas básicas, partiendo de la observación y delimitación de conductas a mejorar, así como en la aplicación y constancia de ejercicios de apoyo al cambio; siendo el inicio educacional planeado y específico y que sirva de referencia para ayudar y apoyar a sus hijos para llevarlos a la inclusión en los diversos contextos donde se desarrollen.

CAPITULO I. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1 Definición de retraso mental de acuerdo a la Asociación Americana sobre Retraso Mental, (AAMR).

Para llegar al término de la discapacidad intelectual, habrá que revisar el concepto con el cual generalmente se vincula, el retraso mental.

Para lo cual, es importante citar a la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR), la cual considera el 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” (Luckasson & cols. 2002 p.8).

Para considerar cuando se refiriere al retraso mental, la AAMR propone cinco premisas como esenciales para la aplicación de esta definición:

1. Las limitaciones en el funcionamiento deben considerarse dentro del contexto de ambientes comunitarios entre iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida debe tomar en cuenta la diversidad cultural y lingüística, con las diferencias en la comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales que cada persona presenta.
3. Las limitaciones en cada persona regularmente coexisten con las discapacidades de otros.
4. Es importante que el propósito para atender la discapacidad sea contar las limitaciones de cada individuo para desarrollar un perfil con los apoyos necesarios.

5. Cuando se ofrecen los apoyos personalizados apropiados en un período prolongado y constante, se garantiza que la persona con retraso mental logre un funcionamiento general de mejora. (AAMR, 2002, p.8).

Desde esta perspectiva, la condición de retraso mental se liga a una condición discapacitante que básicamente tiene que ver con limitaciones significativas y la funcionalidad dentro del contexto social que presente un individuo, más que en su condición física y orgánica.

1.2 Conceptos sobre el retraso mental en diversos autores.

A lo largo de la historia varios autores que han estudiado y escrito del tema han propuesto diferentes nombres para referirse al retraso mental, los cuales incluso se emplean como sinónimos: débil mental, subnormal o deficiente mental, por mencionar algunos.

En este apartado, se revisarán conceptos que se refieren o tienen que ver con la disminución intelectual, los cuales se irán mencionando cuando se recuperen las opiniones de algunos estudiosos del tema.

Así mismo, se considera importante conocer y determinar las semejanzas que tienen entre sí los distintos conceptos con las premisas del retraso mental de acuerdo a lo propuesto por la AAMR respecto las características del retraso mental, así como sus limitaciones sin importar como se le nombre.

Desde esta perspectiva, Molina García (1994), establece que lo que se conoce comúnmente como deficiencia mental es un constructo muy complejo, que lo representan sujetos con niveles de inteligencia muy diferente, con etiologías

excepcionalmente variadas y sintomatologías tan lejanas unas de otras que resulta poco científico la aceptación de un síndrome unitario.

Por lo anterior, establece que la deficiencia mental puede ser abordada desde cuatro perspectivas: la biomédica: basada en procesos de clasificación jerarquizada y de tipo estadístico; la psicológica: en dos vertientes la parte cuantitativa con escalas para medir la inteligencia lo más real posible y la cualitativa a partir de procesos funciones y estrategias cognitivas posiblemente deterioradas; la sociológica: usan criterios a partir de la no adaptación del sujeto de acuerdo a las exigencias que la sociedad impone para no tener que vivir del cuidado institucional y; la pedagógica: donde la escolaridad efectúa la selección social de las personas, de acuerdo a exigencias de los cambios sociopolíticos vinculados en los currículos escolares (Molina G. 1994).

Martino (2003), relaciona dicha condición como un problema centrado sobre todo en la parte intelectual, diciendo que: *“El retraso mental es el funcionamiento intelectual disminuido respecto al promedio general, y se manifiesta a lo largo del desarrollo del individuo y se asocia a la conducta adaptativa, trastornos del aprendizaje y algunas dificultades en el comportamiento, siendo causa de déficit en la capacidad cognitiva, conductual y social de acuerdo a lo esperado de su edad cronológica”* (p. 15).

Pero, Edgerton (1985) plantea el retraso mental como un término para designar una variedad de condiciones físicas y mentales, ya que las personas varían por su capacidad intelectual y pueden estar dentro del profundamente retrasado hasta aquel cuyo coeficiente intelectual no puede detectarse sino por medio de tests estandarizados, o aquel de tipo vegetativo que requiere de control médico hasta el levemente retrasado, que al parecer posee un capacidad intelectual normal o similar al resto y se detecta alguna dificultad hasta que se enfrenta a las tareas académicas.

A lo que Martino (2003) refiere que *“existen múltiples grados de retraso mental desde leve, casi imperceptible, a profundamente retardados, todas las gradaciones pueden ser posibles; incluso, muchas veces el déficit puede ser relativo”* (p. 15).

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del American Psychiatric Association (DSM-IV-TR) del año 2002, establece el retraso mental como un trastorno que *“se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa”* (p. 45).

En referencia a lo anterior, Molina García (1994), escribe que por razones prácticas e históricas se nombrará deficiencia mental, pero hay que estar consciente que cada persona posee una naturaleza singular a nivel etiológico y funcional, es decir hay tanta variedad como personas llamadas normales.

Al respecto Ingalls (1982), comenta que en la mayoría de las veces, se toma en cuenta las definiciones que se establecen a partir del rendimiento en las pruebas de inteligencia con promedios estandarizados dados en categorías y donde se considera que aquel individuo que tenga un CI menor a 70, se le prescriba con retraso mental.

Sin embargo para establecer los términos, grados, niveles y categorías generalmente se utilizan pruebas de inteligencia estandarizadas para conocer el desempeño cognitivo de las personas y como la “mejor” referencia sobre la situación que puede presentar un individuo y con ello establecer un parámetro de lo que intelectualmente puede llegar a lograr, basados en un número que describe una condición.

En resumen, se puede decir que los autores citados coinciden con las premisas que ha propuesto la AMMR para determinar el retraso mental: disminución intelectual significativa, limitaciones en la conducta adaptativa a nivel conceptual, social y prácticas, así como el considerar las características particulares de cada sujeto como punto fundamental para establecer un diagnóstico personalizado y con ello proponer que apoyos va a requerir el individuo.

Así mismo, coinciden al contemplar el uso de un esquema organizado que permita definir la condición del sujeto, a partir de una evaluación consensuada sobre una normalización de características de desempeño.

1.3 Clasificación

La clasificación de un término generalmente se establece a partir de principios la observación de una condición de acuerdo a su etimología y los principios que permiten organizar dicha información en un esquema con conclusiones acordadas y aceptadas por un grupo especializado.

Existen varios sistemas de clasificación los cuales parten de los síntomas y otros tantos basados en las causas, pero la clasificación mayormente empleada se refiere a la gravedad de la deficiencia intelectual respecto al resto del grupo normal (Edgerton, 1985).

Hay que recordar que para Edgerton (1985), *“El retraso mental advierte una sin fin de estados y características individuales debido a múltiples causas y por ello se referirá a dos tipos básicos de discapacidad: el clínico y el socio-cultural”* (p. 21).

En el retraso clínico, la situación del retraso mental va desde el moderado a profundo y se establece a partir de un control médico desde sus primeros años, generalmente la condición no varía y suele relacionarse con deficiencias orgánicas: neurológicas, fisiológicas y metabólicas.

En tanto que, retraso mental socio-cultural, se valora como nivel leve teniendo que ver con limitaciones en los contextos sociales, educativos de la familia, el medio ambiente y, comúnmente, los individuos tienen dificultades de aprendizaje de forma notoria y sin que se observen anomalías físicas acentuadas, por lo que son detectados hasta que ingresan a la escuela; diagnosticándoles con deficiencias intelectuales leves con un CI de entre 50-69, y suelen provenir de condiciones desventajosas: económicas, sociales y educativas.

Una de las clasificaciones más generalizada sobre el tema destaca aquella que se basa en el CI de Terman (1921) utilizado en la prueba de inteligencia de Stanford-Binet: ligera, media, severa y profunda, las cuales se establecen a partir de un índice numérico, la edad cronológica y la edad mental, lo que permite especificar y establecer diferencias entre los individuos y grupos de retrasados y/o normales (Molina, 1993).

La prueba de Stanford-Binet IV establece una media de CI 100 a partir de un factor general "g" y subfactores como: habilidad de razonamiento verbal, habilidad de razonamiento cuantitativo, habilidad de razonamiento abstracto-visual y memoria a corto plazo (AAMR, 2004), por lo anterior y dadas las características con las que la AAMR define el retraso mental, se debe tener cuidado al evaluar a este grupo de personas y ser muy claros en la interpretación de las diversas condiciones que presente a nivel individual.

Las escalas de DAVID WESCHLER: WISC-III Y EL WAIS-III publicadas en 1991, analiza a los individuos a partir de un puntaje numérico de ejecución y de conceptualización verbal; la primer escala fue diseñada para evaluar a menores entre los 6 años a 16 años, y la segunda para adultos de entre los 16 y 89 años, ambas se basan en una idea global de inteligencia multidimensional y multideterminada donde permite conocer la eficacia de una persona para manejarse y comprender el mundo donde se desenvuelve (AAMR 2004; Esquivel, Heredia & Lucio 2007).

Cabe destacar que en el WISC-III, al aplicarlo puede indicar retraso mental, deficiencias neurológicas y superdotación, sin embargo no deja de estar atendiendo a la inteligencia regular y sin reconocer factores subyacentes a cada situación o condición, además que dicha escala aún no se ha estandarizado para México, por lo que se utiliza principalmente WISC-RM publicada en 1984.

Así mismo, El Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso en 1968 una clasificación realizada con el grado de deficiencia intelectual: (citado en Martino 2003, p. 18).

Grupo	C.I.
Profundo	0 a 20
Grave	20 a 35
Moderado	35 a 50
Leve	50 a 70

Lo anterior, considerando la utilización de escalas de inteligencia como las mencionadas que se han diseñado para establecer criterios de ejecución y conocimiento; siempre enfocadas en el resultado concreto de realizar tareas únicas y controladas.

Con respecto, la AAMR (2002) comenta que *“tipos diferentes de sistemas de clasificación, basados en criterios muy distintos se utilizan en muy diferentes campos... Los sistemas de clasificación del retraso mental históricamente estuvieron basados en ubicar a la persona en una banda de CI como en el sistema de clasificación de ligero, medio, severo y profundo”* (p.23).

Al respecto, la AAMR cita a la OMS en el año 1977, que señala que en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9, y con una modificación posterior como CIE-9-MC, se determinan códigos para señalar los niveles del retraso mental, además de incluir varias enfermedades, condiciones físicas y aquellas que se pueden relacionar con el retraso mental (ver tabla 1).

Tabla 1.

CIE-9-MC Clasificación del Retraso mental (AAMR, 2002, p. 131).

Retraso mental (317-319)
Utilizar códigos asociados para identificar cualquier condición física o psiquiátrica asociada

- 317.0 Retraso mental ligero
 - Defecto de alto nivel
 - CI entre 50 y 70
 - Subnormalidad mental ligera

 - 317.1 Otro retraso mental especificado
 - 317.1.1 Retraso mental moderado
 - CI entre 35 y 49
 - Subnormalidad mental moderada

 - 317.2 Retraso mental severo
 - CI entre 20 y 34
 - Subnormalidad mental severa

 - 317.3 Retraso mental profundo
 - CI por debajo de 20
 - Subnormalidad mental profunda

 - 317.4 Retraso mental no especificado
 - Deficiencia mental NEO
 - Subnormalidad NEO
-

NEO=No especificado de otra manera

La anterior clasificación, tuvo una segunda revisión en 1993, donde se amplió el título de la nueva edición como “*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10)*” (AAMR, 2002 p. 130), donde se incluyeron procedimientos médicos y la incapacitación y en donde su sistema de codificación incluye los trastornos mentales y de comportamiento (como el retraso mental), el código F (ver tabla 2).

Es importante aclarar que la CIE-10 no es un manual de diagnóstico sino un sistema que asigna códigos estadísticos que señalan trastornos de salud, por lo que es utilizado en el campo médico, algunos profesionales la usan para identificar el retraso mental y dar un diagnóstico con base en estos datos de salud (AAMR, 2002).

Tabla 2.

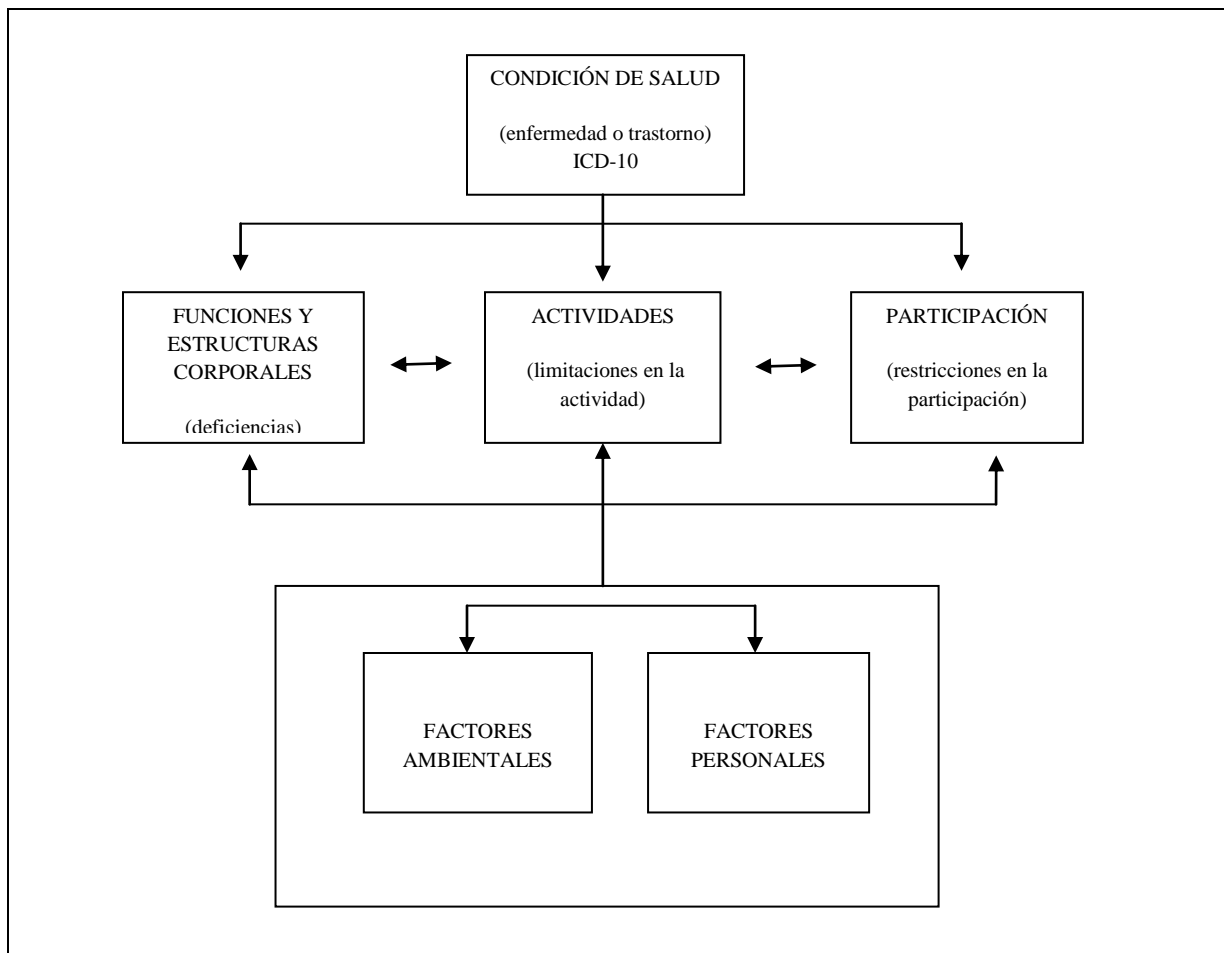
Código para el retraso mental de la CIE-10 (OMS 1993; AAMR 2002, p. 133).

Retraso mental (F70-F79)	
	Las cuatro subdivisiones de cuatro factores siguientes se utilizan para identificar la extensión de la deficiencia sobre la conducta de las categorías F70-F79:
.0	Con deterioro del comportamiento mínimo o ausente.
.1	Con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamientos
.8	Con otros deterioros del comportamiento
.9	Sin alusión al deterioro del comportamiento.
	Si se desea se pueden utilizar códigos adicionales para identificar trastornos asociados tales como el autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastornos de conducta o minusvalía física severa.
F70	Retraso mental ligero Aproximadamente un CI entre 50 y 69 (en adultos, edad mental entre 9 y 12 años). Presenta probablemente algunas dificultades de aprendizaje en la escuela. Muchos adultos serán capaces de trabajar y mantener buenas relaciones sociales y contribuir a la sociedad.
F71	Retraso mental moderado Aproximadamente un rango de CI entre 35 y 49 (en Adultos, edad mental entre 6 y 9 años). Probablemente presenta retrasos notables en el desarrollo en su infancia, pero la mayor parte aprenden a desarrollar algún grado de independencia en autocuidado y adquieren habilidades académicas y de comunicación adecuadas. Los adultos necesitarán diversos niveles de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.
F72	Retraso mental severo CI aproximado entre 20 y 34 (en adultos, edad mental entre 3 y 6 años). Presenta limitaciones severas en autocuidado, continencia, comunicación y movilidad.
F73	Retraso mental profundo CI por debajo de 20 (en adultos, edad mental por debajo de 3 años). Presenta limitaciones severas en autocuidado, continencia, comunicación y movilidad.
F78	Otro retraso mental
F79	Retraso mental no especificado

Por otro lado, la OMS propone otra clasificación más específica para el retraso mental a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF, basada en el funcionamiento, del individuo en términos de las funciones, estructuras corporales, actividades, participación y factores contextuales llamada modelo de funcionamiento humano y la discapacidad (ver tabla 3).

Tabla 3.

Modelo de funcionamiento humano y la discapacidad de la CIF (AAMR, 2002, p.135).



A su vez, en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del American Psychiatric Association (DSM-IV-TR) del año 2002, “Se *presentan códigos separados para retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como para retraso mental de gravedad no especificada*” (p. 45), y en donde se utilizan los códigos CIE-9; CIE-9-MC y CIE-10 para determinar la clasificación.

Sin embargo, Martino (2003) opina que el apoyo al niño (y la persona) con retraso mental debe abarcar los aspectos: somáticos, intelectual, emocional, familiar y

social, pero especialmente debe concentrarse la atención en el menor y su familia, más que a una clasificación de forma unilateral.

Por ello, a la Asociación Americana de Retraso Mental AAMR (2002), determina como principio clasificatorio las características individuales esenciales de cada persona para el diagnóstico del retraso mental y tiene como propósito fundamental tener un esquema organizado para categorizar los distintos tipos de observaciones.

En 1992 esta asociación propuso que la clasificación debe estar basada en las intensidades de los apoyos que requiera cada persona con retraso mental, y no dividirlos a partir de rangos del CI, estableciendo categorizaciones de intermitentes, limitadas, extensas o generalizadas (ILEG), las cuales se encaminan a una definición funcional.

La AAMR (2002), establece el esquema por dimensión I: habilidades intelectuales; dimensión II: conducta adaptativa (conceptual, social y práctica); dimensión III: Participación, interacciones y roles sociales; dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología; dimensión V: Contexto (ambientes y cultura) (p.26-27), aquí se establece una relación multidimensional del retraso mental y el individuo tomando como sustento los apoyos requeridos para lograr el funcionamiento independiente de la persona.

Por lo anterior, la inteligencia debe medirse a partir de diferentes consideraciones o relevancias, de acuerdo al diagnóstico o bien a la clasificación, tomando en cuenta especialmente las dimensiones II y III (AAMR, 2004).

Macotela y Romay (1992), mencionan que *“las acciones educativas para niños especiales se han derivado de la identificación de impedimentos importantes así como llevar a la práctica algún tipo de clasificación con los datos de evaluaciones*

para ubicar a los niños en alguna categoría denominativa como deficiente mental u en otras deficiencias” (p. 9).

Reconociendo estas autoras, que los niños conocidos como especiales no se les puede ubicar dentro de una categoría específica, ya que categorizar a un niño con deficiencia mental profunda puede no responder a todas las características con que se reconoce esta condición per se y no ver las necesidades y particularidades de cada individuo (Macotela & Romay, 1992).

Así la AAMR (2002), propuso un esquema de diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos donde considera medidas e instrumentos parte importante para una evaluación del retraso mental, así menciona: *“Diagnóstico: tests de CI, Escalas de conducta adaptativas y edad de aparición documentada; Clasificación: escalas de intensidad de apoyos, rangos o niveles de CI, categorías de educación especial, evaluaciones ambientales, sistemas de factores de riesgo etiológico, niveles de conducta adaptativa, medidas de salud mental...” (p.29).*

Sería importante que a partir de esta última consideración la clasificación multidimensional de atención a las personas a partir de un esquema más completo al considerar los múltiples factores, la diversidad de las características y situaciones que convergen en el individuo con retraso mental, como elementos que deben apoyar la parte clínica y clasificatoria como un todo, que ayudará a emprender un mejor conocimiento de cada caso y sobre todo especificar qué clase de ayuda y apoyos específicos requieren cada persona, que le permita colocarse en una posición honorable dentro de la sociedad sin tener que determinar su incorporación a partir de la Etiqueta de “disfuncionalidad”.

1.4 Definición de discapacidad

Cuando se menciona la palabra discapacidad, cual sea el tipo de ésta, es hacer referencia a una condición personal, con desventajas físicas, de aprendizaje, sociales y con un conjunto de creencias, generalmente negativas, hacia las posibilidades de logro que las personas con dicha condición puedan alcanzar o tener dentro de una comunidad.

Al respecto, López (2006) menciona lo señalado por García en el 2000, que la discapacidad se manifiesta cuando hay limitaciones en algunas capacidades esenciales que necesita una persona para hacer alguna actividad que los otros de la misma edad pueden realizar sin algún impedimento o dificultad.

Para la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR (2002), la definición operativa dice que *“la discapacidad es la expresión de las limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto y representa una desventaja sustancial para el individuo”* (p.32).

Al respecto, la AAMR considera que se ha modificado la concepción del proceso discapacitante bajo las siguientes ideas:

- La discapacidad es la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto social y representa una sustancial desventaja para el individuo.
- La discapacidad no es fija ni dicotómica; por el contrario, es fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente de dicha persona.
- Es posible reducir la discapacidad de una persona proporcionando intervenciones, servicios o apoyos centrados en

la prevención, en conductas adaptativas y en el desempeño de roles (p. 184).

La Organización Mundial de la Salud OMS, en el 2001, establece que *“una discapacidad se conceptualiza como un problema significativo en el funcionamiento”* (p. 33) y se define a partir de los problemas específicos y severos para desempeñarse en alguna acción o aptitud y con la oportunidad de participar funcionalmente (AAMR, 2002).

Por ello, la OMS reconoce la discapacidad en tres dimensiones: la función corporal y estructural del individuo, cimentadas en los aspectos fisiológicos y psicológicos; de las actividades, donde se observa el rango de acciones, conductas y rutinas del individuo y por último de la participación, que considera las áreas donde el individuo se implica y tiene acceso. Por lo que una discapacidad tiene que ver con problemas de funcionamiento en las tres dimensiones y con un impacto significativo por factores personales y ambientales (AAMR, 2002),

Molina Avilés (2003), haciendo referencia a la salud menciona que *“una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma del margen que se considera normal para un ser humano”* (p.28), además menciona que se caracteriza por presentar insuficiencias de el desempeño y conductas en actividades rutinarias normales; éstas carencias pueden ser temporales, permanente, reversibles, irreversibles, progresivas, regresivas y reflejar alteraciones personales en habilidades, actividades, comportamientos aceptados y elementos esenciales para la vida cotidiana.

Toda sociedad desarrollar sus propias representaciones de lo que considera como “normal”, las personas se conciben “normales” por tener una serie de atributos y características reconocidas y establecidas que deben poseer en forma típica: físicas, sociales, culturales, intelectuales, escolares, entre otras, y siempre se

espera un individuo las posea para que pertenezca a una comunidad, pero cualquier individuo que carezca de alguna de ellas se convierte automáticamente en alguien diferente o bien “anormal” (Castañeda, 2004).

El artículo 2, fracción XI de la Ley General de Personas con Discapacidad establece que: *“Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”* (2005, p. 1).

Hasta ahora, se han revisado algunas definiciones de la palabra discapacidad, por ello será el momento de señalar la recomendación que la Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos CPGMDH (s/f) hace a través de la Secretaría de Educación Pública para que se difunda lo siguiente: *“La discapacidad es un proceso que evoluciona, porque se refiere a los seres humanos, quienes son sujetos de derechos. Esta evolución se ha manifestado claramente en la definición hacia las personas que viven con algún tipo de discapacidad, que en la actualidad se presenta desde el enfoque social, no medicalista, ni asistencialista. Por ese motivo es fundamental lograr la uniformidad de términos en relación a las personas con discapacidad”* (p. 2).

Por lo anterior, CPGMDH (s/f), establece que *“hace algunos años se difundió entre algunos sectores de nuestro país, un neologismo para referirse a ellos: el término “personas con capacidades diferentes”, erróneo en virtud de lo siguiente:*

1. No define a la discapacidad;
2. Todas las personas tenemos entre sí capacidades diferentes, pero no todas tienen alguna discapacidad;
3. No está contemplado en los instrumentos internacionales sobre el tema;

4. No coincide con lo establecido en el párrafo tercero del artículo 10 constitucional que a la letra señala: “queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, edad, **las discapacidades**, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular, o menoscabar los derechos y libertades de las personas”
5. No se encuentra en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la discriminación, ni en la Ley General de las Personas con Discapacidad” (p.1).

Cuando en una persona se observen condiciones que disminuyan o limiten su funcionamiento a nivel físico u orgánico, social y de aprendizaje de forma significativa, se puede considerar un posible discapacidad, la cual será indispensable determinar de forma pronta y expedita, para apoyar y estimular logros en las áreas que lo requieran y dar impulso a una mejora en su calidad de vida, que incluya su promoción a la inclusión social.

1.5 Discapacidad intelectual

Las discapacidades suelen clasificarse en: visual, auditiva, motora, intelectual y algunos autores mencionan la social, en ellas existen circunstancias y características propias que las distinguen unas de otras.

Sin embargo, cuando en un individuo se observan limitaciones significativas en su desarrollo físico, conductual, social y de aprendizaje, se sospecha de una discapacidad, pero cuando se combina con la disminución significativa en su nivel de razonamiento o intelectual, se dice que relaciona directamente con un retraso mental, deficiencia mental o bien, se menciona otro término muy ocupado en estos días la discapacidad intelectual.

Pero, en qué momento aparece el adjetivo de discapacidad intelectual... hay que recordar en la revisión del término retraso mental de la AAMR, se menciona que una *discapacidad* que se caracteriza por limitaciones significativas en el área intelectual y en la conducta a nivel de las habilidades adaptativas tanto conceptuales, sociales como prácticas.

Al respecto, la AAMR (2002), hace referencia al Comité TyC sobre el consenso en los aspectos de definición y clasificación donde determina que *“el retraso mental es una discapacidad intelectual reflejada en limitaciones significativas en el funcionamiento cotidiano que están presentes desde una edad temprana, antes de los 18 años”* (p. 33).

Tanto en el pasado como en el presente, se ha estigmatizado negativamente los términos deficiencia mental o retraso mental, incluso hoy en día con el término discapacidad intelectual, donde se considera la condición del sujeto de manera más global y completa aún se percibe como una situación que impedirá al individuo alcanzar logros a nivel académico, social y en la comunidad.

1.6 Discapacidad Intelectual en México.

La historia de la discapacidad en México se remonta al año de 1565 donde se fundan los hospitales psiquiátricos del Divino Salvador y San Hipólito, ambos para hombres y la Canoa para mujeres y siendo los primeros en América Latina.

En el año de 1914, el doctor José de Jesús González funda en la ciudad de León, Guanajuato, una escuela para débiles mentales, y posteriormente se diversificó hacia otras discapacidades.

Más tarde entre 1918 y 1927, inician el trabajo con grupos deficientes mentales de experimentación y capacitación pedagógica, promovidos por la Universidad Nacional Autónoma de México y durante ese mismo periodo se funda en Guadalajara una escuela para deficientes mentales con la titularidad del Doctor Salvador Lima.

Para el año de 1935, se establece una escuela especial y se funda el Instituto Médico Pedagógico, teniendo como principal vocero al doctor Solís Quiroga y dos años después en 1937, se crea la Clínica de Conducta.

En 1941, se realiza un proyecto de reforma de Ley para instituir la Escuela Normal de Especialización el cual se aprueba y en el año de 1943 abre sus puertas con la carrera de maestros especialistas en deficientes mentales y menores infractores, años posteriores irán anexando nuevas especialidades encaminadas hacia otras discapacidades.

Para el año de 1960, se da un parte aguas en la educación especial al aumentar los servicios en escuelas primarias donde se pretende incentivar el mejoramiento de los aprendizajes en niños con deficiencia mental en la ciudad de México y en otras ciudades de la república.

Durante el año 1964, se abren escuelas por cooperación con la participación de padres de familia donde el objetivo es que se atiendan los niños con discapacidades severas.

En 1965, comienzan a operar los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar, para dar atención a los niños que a este nivel presentaban dificultades en su desarrollo y aprendizaje (SEP, 2006).

Durante 1970, a partir del marco institucional de la educación especial por decreto del 18 de diciembre se crea la Dirección General de Educación Especial para organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar a nivel federal la formación de maestros especialistas.

Para 1976, se crean los Grupos Integrados y aparecen los Centros de Rehabilitación y de Educación Especial coordinados en varios estados y en 1979 se establece el programa “Primaria para todos los niños” (SEP, 2006).

En 1978, la Dirección General de Educación Especial promueve investigación en las diversas áreas y la publicación de dichos temas, México es participante en eventos internacionales y se inicia la colaboración con padres de familia.

En los años ochentas se determinan dos modalidades de la educación especial indispensables y complementarios, los primeros con centros de intervención temprana, escuelas de educación especial y centros de capacitación de educación especial, y clasificados en grupos integrados B para aquellos niños con deficiencias leves y los grupos integrados A para aquellos alumnos con dificultades de aprendizaje, aprovechamiento y Capacidades y Aptitudes Sobresalientes, CAS (SEP, 2006).

En 1982, se definen políticas de la educación especial a partir del documento “Bases para una política de educación especial donde se consideran los términos normalización e integración”.

Con el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Especial, la reforma al artículo 3º. Constitucional y la promulgación de la Ley General de

Educación del año 1992, se reorienta y reorganiza las acciones de los servicios de educación especial, el fomento a la integración educativa y la reestructuración de los servicios ya existentes y en activo hasta el momento, así como la elaboración de material especial para dar atención a dicha población.

Lo anterior, con el fin de combatir la discriminación, la segregación y el etiquetamiento por la condición y la atención especializada en la educación básica general, así se reorganizó la educación especial en las modalidades de Centros de Atención Múltiple (CAM) como servicio indispensable con atención en los diferentes niveles de la educación básica con alumnos de diferentes discapacidades en el mismo centro escolar utilizando adaptaciones pertinentes en los planes y programas de estudio y formación para el trabajo; otra modalidad como servicios complementarios las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) para promover la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular (SEP, 2006).

En 1995 con el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, se establecen la política de integración de situaciones de salud, educación, rehabilitación, cultura, recreación, accesibilidad, comunicación, legislación y sistema nacional de información.

En 1997, la Secretaría de Educación Pública y el Sindicato Nacional de de Trabajadores de la Educación convocaron a la conferencia nacional: Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales: Equidad para la Diversidad (SEP, 2006,)

Dentro de las últimas acciones en el 2000 se crea la oficina para la Representación para la Promoción e Integración Social para las personas con discapacidad, el objetivo es promover la integración, el bienestar social, igualdad de oportunidades a partir de políticas de coordinación de las dependencias

administrativas públicas de los tres niveles de gobierno y la sociedad civil (Molina Avilés, 2003).

En el 2001, inicia sus actividades el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con discapacidad.

Para el 2003, se publica la Ley Federal para prevenir la discriminación, con su última reforma en el 2010.

En 2005, se da paso al decreto para la creación de la Ley General para Personas con Discapacidad, donde establece la inclusión de las personas con discapacidad, dentro del marco de la igualdad y equidad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida (p.1).

En el 2011 se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Educación, donde en su artículo 41 menciona a la letra: *“la educación especial está destinada a personas con discapacidad, transitoria o definitiva... Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género. Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios”* (p. 97).

En el 2012, se establece el programa Nacional para prevenir y eliminar la discriminación, donde contempla la discapacidad, como grupo vulnerable y probable sujeto de atención en dicho programa.

Por último, es importante mencionar la Reforma Integral de la Educación Básica que comienza a gestarse a partir y durante 2004, 2006, 2009 y 2010, en la cual se considera en su punto 1.8 *“favorecer la inclusión para atender a la diversidad, donde se considera la atención de los alumnos que, por su discapacidad cognitiva, física, mental o sensorial requieren de estrategias de aprendizaje y enseñanza diferenciada al resto del grupo donde se desenvuelven, a partir de la identificación de sus barreras para el aprendizaje y combatir actitudes de discriminación y promoviendo oportunidades de aprendizaje, participación, autonomía acceso y desarrollar la confianza de sí mismos a partir de sus logros”* (SEP, 2011 p. 39).

Hacer un recuento sobre el desarrollo y atención de la Discapacidad en México, ha sido un andar por caminos nada fáciles.

Las acciones y la aplicación de políticas públicas tardaron durante años en llevarse a cabo, sin embargo al irse movilizando los escenarios se fueron construyendo programas que impacten en mejora de las condiciones de las personas con discapacidades y que hoy por hoy buscan incorporar a estos “nuevos actores” en el quehacer nacional con su aportación e inclusión dentro de la sociedad de forma igualitaria y respetuosa.

CAPITULO 2. LA FAMILIA

2.1 Concepto de familia

La familia pilar de nuestra sociedad, es como se hace referencia del concepto y el grupo social.

Sin embargo, definir un concepto único de *familia* resulta complicado, ya que ésta es considerada como un grupo dinámico que evoluciona histórica y socialmente, y la cual sigue siendo la unidad básica y más importante de la sociedad (Membrillo, 2008).

Para Papalia (2009), los seres humanos somos básicamente seres sociales, desde el nacimiento se desarrollan dentro de un ambiente social e histórico y el primer contexto próximo es la familia, misma que está inmersa en influencias varias y cambiantes del entorno, ambientes y la sociedad misma.

De acuerdo a Kingsley Davis citado por Martino (2003), la familia es una estructura humana y que tiene varias funciones, deberes, derechos y satisfactores; que este conjunto facilita el proceso de introducción de los sujetos en la sociedad y fomenta su actuación en ella; que se considera un grupo natural que proporciona una identidad y pertenencia de grupo a los individuos permitiéndoles obtener experiencias en diversos tipos de relaciones por ser un proceso dinámico por el cual la unidad familiar lleva a cabo intercambios para lograr su inclusión en los diversos ambientes.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud citada por Membrillo (2008), establece que se considera *familia* a los integrantes del hogar emparentados entre sí, con lazos de sangre, adopción y matrimonio, hasta un cierto grado y su actuación en la sociedad, así como los roles que están determinados según la estructura y formación de la misma.

Para Scheffer (2000), es difícil definir el concepto de familia, ya que ésta era considerada una unidad permanente integrada básicamente por la pareja casada y con hijos, en donde los padres, tenían definido su rol, sin embargo, las modificaciones de las nuevas conformaciones de las familias han ocasionado que se abandone el término anterior, ya que se observa que de ninguna manera la familia es una unidad estática establecida para tener una conformación única y definida.

En la actualidad las familias están conformadas por personas que se consideran como parte de la misma por vivir dentro de ese grupo, independientemente de los lazos biológicos, civiles o religiosos que tengan entre sí, ya que lo más importante es que sus miembros se apoyen y se cuiden entre ellos (López, 2006).

Por lo que Martino (2003), considera que la familia suele ser un pilar para la construcción de formas más evolucionadas de convivencia social.

La familia se transforma, es dinámica y evoluciona a través de los cambios que sufren los individuos que la integran, dichas variaciones las determinan la sociedad a la que pertenecen, lo cual incide en la organización interna y externa de dicho grupo social (Membrillo, 2008).

Y, “es en la familia en la que transcurre la vida del individuo, y en ella también recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización” (Membrillo, 2008 p. 37).

Scheffer (2000), comenta las opiniones de Minuchin en 1988 y Sameroff en 1993 sobre la familia, la cual puede verse desde el enfoque de la teoría de sistemas: totalidad, integridad de sus subsistemas carácter circular de la influencia, estabilidad y cambio, ya que está considerada como un “todo” integrado por los componentes de sus miembros individuales y las relaciones entre ellos: madre, padres e hijos y siendo la familia la suma de sus componentes y la relación

dinámica por propio derecho y agregar a nuevos miembros, haciéndose más compleja.

Por lo que se reconocen elementos básicos a partir de dos características de la familia que le dan una institucionalidad: la primera al establece las reglas que rigen las relaciones entre la pareja de marido y mujer, y la segunda determina los deberes y derechos de los padres hacia los hijos (Membrillo 2008).

Y dado que en la revisión de los conceptos y definiciones de la familia ninguna será lo más completa posible, debido a que ésto dependerá del enfoque y el autor que se mencione.

Por ello, para los fines de este trabajo, se considerará la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la definición más específica, ya que contempla lo citado por las definiciones revisadas.

2.2 Tipos de familia

La Organización Mundial de la Salud citada por Membrillo (2008), establece que se considera *familia* a los integrantes del hogar emparentados entre sí, con lazos de sangre, adopción y matrimonio, hasta un cierto grado y su actuación en la sociedad y los roles están determinados según la estructura y formación de la misma.

Para Membrillo (2008), la familia es dinámica, cambiante y evoluciona de acuerdo a las características de sus miembros y se clasifican de acuerdo a su composición o características.

La clasificación que a continuación se presenta, se establece según la composición o las características de sus integrantes y, si hay no algún grado de consanguinidad:

Nuclear: es aquella conformada exclusivamente por el padre, madre y los hijos.

La familia nuclear es una unidad que tiene relaciones de parentesco, económicas, históricas, domésticas bigeneracional, es decir lazos con uno o ambos padres, de hijos biológicos, adoptivos o hijastros (Papalia, 2009).

Extendida o extensa: es aquella que se forma por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo directos: tíos, abuelos, primos, sobrinos, etc.).

Extensa compuesta: está conformada por madre, padre, hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar.

Monoparental: está estructurada sobre la base de una sola figura parental, es decir la integran o un padre o una madre como cabeza de familia y sus hijos.

Reconstruida o binuclear: es aquella que se va conformando por padre, madre y en que alguno o ambos son divorciados, viudos y tienen hijos de la unión anterior y se vinculan como un nuevo grupo.

Neofamilia o no parental: aquella cuyos integrantes se unen por vínculos afectivos o de convivencia y que comparten un mismo espacio físico (Membrillo, 2008).

Unión libre: Los miembros de una pareja deciden vivir juntos con la voluntad de que perdure la unión pero sin haber formalizado la relación a través del vínculo del matrimonio (Valdés, 2007).

Lo importante de todo es considerarse como parte de un grupo familiar, independientemente de cómo esté conformado, ya que la dinámica y las características propias de cada individuo hacen que el conjunto en sí, sea distinto a otro aun cuando intentemos ubicarlas en un tipo específico de familia.

2.3 Estilos de crianza

Establecer qué y cómo se les enseñan y muestran: valores, creencias y demás formas de convivencia a cada miembro de la familia y en específico a los hijos, es lo que se puede denominar *estilo de crianza*.

Dentro de los diversos grupos culturales, existen diferencias entre los padres sobre la forma de crianza de sus hijos (Schaffer, 2000), ya que para lo que unos progenitores es bueno para otros no lo es.

Por ello, se puede establecer y describir la forma de crianza de los padres a partir de características universales y de características específicas de una cultura e individualidades y aunque la crianza también manifiesta una base genética, también se presenta como una forma flexible que influyen los aspectos sociales que impactan a la familia (Scheffer, 2000).

Cada cultura, grupo social, religión, educación familiar, nivel educativo, comunidad y el análisis propio de cada individuo influirán en cómo guiarán a sus hijos hacia el conocimiento, las normas y los valores universales, es decir qué será más importante y en qué momento se les proporcionará.

Así, Schaffer (2000) hace referencia a Baumrind en 1967, sobre las dos dimensiones que establece para clasificar los estilos de comportamiento de los padres en la crianza de sus hijos y donde es posible todo tipo de combinaciones: permisivo/restrictivo y calidez/hostilidad;

- I. Democrático: calidez, permisividad;
- II. Indiferente: hostilidad-permisividad
- III. Sobreprotectora: calidez-restricción
- IV. Autoritaria: hostilidad-restricción

Para Baumrind en 1967, el estilo de crianza de los padres hacia el menor depende de las características del niño y el estilo global de crianza de los padres puede permanecer estable y constante a lo largo del tiempo, es posible que la respuesta del hijo cambie conforme a las etapas del desarrollo y con ello a la reacción de los padres a las mismas (Scheffer, 2000).

El tipo de crianza infantil tiene un impacto substancial en el desarrollo mental del niño, durante los últimos años se ha desarrollado programas de atención y capacitación a padres para que proporcionen ambientes estimulantes para sus hijos con la expectativa que puedan evitar un retraso mental (Ingalls, 1978).

Así mismo, Maccoby y Martin en 1983, las dimensiones combinatorias a partir de una definición taxonómica basada en los comportamientos de los padres estableciendo los siguientes padrones:

- 1) Prácticas autoritaria,
- 2) prácticas permisivas,
- 3) prácticas supra autoritaria y
- 4) prácticas de rechazo /indiferencia (Scheffer, 2000, p. 273).

2.4 La familia frente discapacidad intelectual de un de sus miembro.

Cuando alguna persona oye mencionar las palabras discapacidad intelectual recapitula un cúmulo de percepciones generalmente negativas sobre lo que puede significar dicha condición en el ser humano.

Estas percepciones se enfocan en las limitaciones que impedirán a una persona pertenecer e incluirse a grupos sociales de individuos “normales” y por lo tanto, no se les considerarán como parte de la sociedad por no tener características

colectivamente reconocidas e indispensables para lograr la pertenencia social a los mismos.

Pero, cuando las palabras discapacidad intelectual, son el diagnóstico sobre la condición de un hijo suelen ser mayormente impactantes, debido a la sorpresa al inesperado suceso, el cual jamás se piensa que podría estar presente en la vida familiar.

Cuando las familias han estado lejanas de la discapacidad y se presenta esta condición, generalmente no están preparadas para recibir a un hijo o miembro con alguna deficiencia, lo asumen como algo negativo y les resulta difícil aceptar la situación. Sin embargo, dentro de la confusión se tienden a buscar recursos para enfrentar la realidad, aunque les resulte difícil saber por dónde comenzar; pero cuando las familias han estado en contacto con alguna historia de discapacidad, estas cuentan con más elementos para salir adelante con claridad y aun con menos recursos (López, 2006).

Lambert y Rondal en 1982, citados por Covarrubias (2008), realizaron una encuesta con padres de deficientes mentales, donde enumeran 5 factores importantes que condicionan el comportamiento y las actitudes de las familias para aceptar a un miembro con discapacidad:

- a) El modo en cómo los padres se enteran del diagnóstico de sus hijos y la calidad o forma de las informaciones al respecto y del apoyo psicológico que hayan recibido desde el nacimiento.
- b) La edad del menor al momento en que fue descubierta la deficiencia mental
- c) El nivel socioeconómico y cultural de los padres, así como la creencia religiosa.
- d) La condición afectiva que manifestaba la familia antes de nacer el menor con la discapacidad intelectual y en especial entre la pareja.

- e) Los recursos de apoyo y asesoría que la sociedad y las instituciones ofrecen para la educación y atención a los niños que tienen dichas deficiencias.

A lo que Covarrubias (2008), también establece seis factores que influyen en la aceptación de los padres de la discapacidad de sus hijos.

I. Factor cultural: puede hacer variar cómo los padres enfrentan la situación de acuerdo a su estructura psicológica, creencia, compromiso y acción de la familia, para influir en el tipo de educación que dan a sus hijos con discapacidad intelectual, pero también los padres afrontan sentimiento ambivalentes generados por valores en conflictos y que se van formando por influencia de la familia extendida, por el nivel educativo, por las creencias sociales predominantes y por la misma comunidad.

II. Factor religión: la afiliación de creencias espirituales afectan la percepción y la interpretación sobre los sucesos que están fuera de sus expectativas, ya que las familias confían en la religión para poder entender el por qué están viviendo la experiencia de tener un hijos con discapacidad intelectual de acuerdo a Friedrich y Friedrich en 1981, citado por Covarrubias (2008).

III. Factor nivel socioeconómico: es una variable para determinar el impacto de la noticia en la familia con un miembro con discapacidad intelectual y varía según la clase social. Las diferencias entre las familias de las clases: baja y media-alta, son muy relevante dado que los primeros se sienten en desventaja en poder ayudar a sus hijos, pero hay mayor aceptación; y por los segundos intentan tener control de la situación de acuerdo a Freixa en 1993, citado por Covarrubias (2008), también se vislumbra la negación por aceptar la discapacidad de uno de sus miembros, por el estigma que dicha condición prevalece en la sociedad.

IV. Factor nivel educativo de los padres, hace que deleguen menos la responsabilidad de ayudar a sus hijos con discapacidad intelectual a través de otras personas como por ejemplo: sus otros hijos y además favorecen la participación del niño con disminución cognitiva en actividades de actividades fuera de casa y fomento a contactos sociales según lo comentado por Stoneman en 1988, en Covarrubias (2008); y familias con bajo nivel de estudios tienden a delegar más el apoyo y cuidado de sus hijos con deficiencia intelectual, por salir a buscar el sustento familiar pero tampoco buscan apoyo en instituciones especializadas para el menor.

V. Factor nivel de información sobre la discapacidad intelectual: el modo en que se les da la noticia a los padres sobre la condición de su hijo cognitivamente disminuido tiene que ver con la aceptación de los padres sobre dicha naturaleza, según Stone en 1967 en Covarrubias (2008), entre mejor conozcan la situación del menor y las alternativas de apoyo se reduce sentimientos y emociones negativos que obstaculizan la ayuda al mismo.

VI. Factor del impacto del diagnóstico: considerando el factor anterior, ya que actualmente los padres pueden llegar a conocer la condición de sus hijos no natos, sin embargo algunos diagnósticos sobre esta condición se dan cuando han pasado algunas semanas después del nacimiento o en edades más avanzadas hasta entrar al ámbito educativo, por lo que suele ser un momento crítico la noticia médica, por ello es importante que los profesionales tengan gran sensibilidad cuando se trata el tema por primera vez, para poder encaminar a las familias a lograr el bienestar del menor al buscar y hacer uso de las v de apoyo lo más pronto como sea posible.

Cuando se habla de personas con discapacidad intelectual, se pueden mencionar características comunes, pero a la vez suelen ser diferentes en cada individuo, lo mismo se da en las familias al compartir situaciones semejantes pero no todas pueden ser generalizadas ni aplicables en cada una de ellas, debido al resultado

de la unión de diferentes factores que se dan cada familias de forma particular, pero aun así existen tendencias a responder emocionalmente con actitudes y comportamientos semejantes respecto al impacto de recibir dicha noticia (Covarrubias, 2008).

En la medida en que los padres saben la noticia de que alguno de sus hijos presenta algún rasgo de discapacidad, sufren una desilusión, un desconcierto y el desconocimiento de lo que se enfrentan, además de ser un reto para entender de qué les hablan, dando pie a diversas reacciones, siendo principalmente la emocional, por la sorpresiva noticia, ya que se rompen las expectativas sobre lo que desean tener en su hijo, en el presente y en el futuro, prospectado desde la gestación y que al no tenerlo en su retoño, se mezclan sentimientos de rechazo, aceptación y culpabilidad, provocando miedo y enojo (López, 2006).

Al respecto, Menolasciono y Wolfensberger en 1967, citados por Ingalls (1978), indican tres tipos de crisis en los padres como reacción ante la noticia de tener un hijo con retraso mental: 1) la crisis de lo inesperado, es aquella que mueve la situación familiar hacia un cambio sustancial y repentino de la vida cotidiana, más que a la situación en sí; 2) crisis de los valores personales, la cual tiene que ver con la creencia de la competencia y triunfo situada en valores específicos y que al ver que el hijo puede carecer de ellos, desarrollan frustración y angustia y; 3) la crisis de la realidad, donde los padres se enfrentan a problemas que antes no tenían como aquellos en el plano económico, tiempo libre, el tiempo adicional del cuidado del menor, entre otros.

Castañeda (2004), menciona que las reacciones emocionales de los padres varían en la intensidad según la personalidad de los mismos y a la severidad, grado, tipo de situación y características que presente el menor, pero aun así, siempre tienen reacciones comunes.

Una vez, pasado el primer impacto, los padres comienzan a preguntarse sobre el futuro de sus hijos y de la familia, tomando como referencia algún caso de otras personas y el estereotipo que tienen de la discapacidad; desarrollando un miedo casi inexplicable por ser algo desconocido para ellos (López, 2006).

Por ello, al conocer la noticia sobre la discapacidad del menor y lo que puede acontecer en relación a esta circunstancia; los padres se enfocan a dar atención al individuo, aun pasando por alto los problemas que la familia pueda tener en ese momento para afrontar la situación inesperada (Ingalls, 1978).

López (2006), considera que en muchos casos, esta nueva situación familiar, es motivo de peleas, desacuerdos, desintegración familiar y separación; en otros caso se fortalecen como núcleo social e implica como un reto donde el principal objetivo es apoyar al hijo con discapacidad a salir adelante, investigando de que manera pueden obtener ayuda que les permita superar dicha etapa e iniciar el camino hacia la integración del hijo en la familia, a la sociedad y luego al ámbito educativo, donde en este último la presencia y participación de la familia es primordial para obtener logros de acuerdo a los objetivos educativos.

Por lo que, la actuación de la familia, en especial de los padres, es importante y necesaria para el desarrollo y avance del menor deficiente y, sobre todo, al trato especial que reciba el niño deberá ser semejante a los hermanos, por lo que no debería darse una alteración a la dinámica familiar (Molina Avilés, 2003).

De acuerdo a Molina Avilés (2003): *“Solamente un ambiente familiar interactivo y estimulante puede ayudar a compensar la deficiencia del niño. A esto hay que añadir un ambiente de socialización normalizado con su familia y vecinos”* (p. 48).

Al respecto, Ingalls (1978) comenta que no es de extrañar que una vez pasada la primera impresión y de haber transitado por los 3 tipos crisis ya mencionados, los padres busquen ayuda para ir manejando la nueva situación.

Bajo estas circunstancias, los padres probablemente requieran de orientación y consejo de un profesional que asuma esta tarea y motivando a que los padres continúen el camino de comunicación y capacitación para lograr objetivos muy claros y concretos respecto a lo que su hijo requiere en este momento.

Para lo cual, Ingalls (1978) retoma las consideraciones de Roos en 1963, sobre los cuatro principios para los que puedan dar consejo a los padres: primero, que los padres serán tratados con simpatía, respeto y se agregaría empatía, superando que tener un hijo con retraso mental no debe ser motivo de vergüenza y que la condición del menor no debilita su valor como personas; segundo, deberán permitir que haya libertad en los padres de expresar sentimientos y emociones; tercero, que sean los padres quienes tengan una toma de decisiones por si mismos respecto al bienestar de sus hijos, con la asesoría imparcial del especialista, enumerando y conociendo las distintas opciones que tiene a su alcance para apoyar el desarrollo de su hijo menor y cuarto, el profesional deberá ser objetivo y claro.

Por ello, para Martino (2003) establece que *“La consideración de los derechos parentales frente al equipo de salud constituye un deber ineludible. Los padres, hermanos y otros familiares significativos del entorno del {discapacitado intelectual} deben ser ayudados a superar sus reacciones emocionales...Para ello debemos respetar el tiempo que requiere ese proceso. Se deberá brindar la información adecuada en el momento preciso...”* (p. 560).

Para Ingalls (1978), el conocimiento que tengan y obtengan los padres de la situación del menor con discapacidad intelectual, es el factor clave que contribuirá a una aceptación más pronta y toma de decisiones para afrontar el problema.

“De cómo vivencie la familia la discapacidad será la propia vivencia del niño y sabemos cuán esencial es para la recuperación la aceptación de sí sin culpa, sin vergüenza y sin resentimiento” (Martino, 2003 p.560).

No cabe duda que entre más conozca la familia sobre la condición que describe la discapacidad intelectual, sus opciones, oportunidades para apoyar y sacar adelante a uno o varios de sus miembros, empleara herramientas que auxilien a los padres a manejar y mejorar la condición de menor en lo social, personal, económico, educativo y de salud, en el presente y posteriormente en su futuro, con toda la experiencia ganada.

El apoyo fundamental a esta condición parte de la familia y en especial de los padres, a los cuales pocas veces se les toma en cuenta para recibir ayuda inmediata, son ellos quienes tienen que buscar sus opciones, a pesar de la situación emocional que la discapacidad intelectual genera dentro y fuera del hogar.

Los ambientes positivos siempre promueven el desarrollo, crecimiento, porque incrementan el bienestar de las personas y la calidad de vida de las personas con retraso mental (Edgerton, 1988), para Schalock y Kiernan en 1990, mencionados por la AAMR (1997) que los ambientes y entornos proporcionan a las personas oportunidades para satisfacer sus necesidades, promueven su bienestar en áreas de la vida como: física, social, material y cognitiva y crean una sensación de estabilidad, previsión y control personal.

Ya que básicamente el retraso mental y por ende, la discapacidad intelectual presentan limitaciones intelectuales que afectan las habilidades de las personas para dar respuesta a desafíos de la vida cotidiana personal y comunitaria (AAMR, 1997).

Para lo cual, Ingalls (1978) plantea que la función de la familia es sumamente importante dentro de las organizaciones para la difusión de la información que puedan ofrecer sobre la discapacidad intelectual.

Actualmente, existen varias opciones donde elegir sobre el apoyo al discapacitado intelectual, sin embargo el acceso a ella es limitado por las causas ya mencionadas, por lo cual es fundamental acercar a los padres las oportunidades de adquirir conocimiento para la atención del menor de manera confiable y expedita, de manera que comience la capacitación de los padres para promover un desarrollo sano y socialmente congruente de los niños con discapacidad intelectual y su inclusión pronta al sistema social donde se estén desarrollando.

Para que a su vez, los padres sean los maestros de sus hijos, al capacitarlos para que puedan proporcionar ambientes estimulantes a los menores; con ellos se puede establecer y realizar programas compensatorios de educación para los miembros con discapacidad, ya que los problemas que se presentan giran en la administración pobre de los aprendizajes diarios dentro del hogar cuando se quiere enseñar a su niño con retraso intelectual el habilitamiento de acciones básicas para el desarrollo social del menor (Ingalls, 1978).

Hernández G. (1999), menciona que la familia ejerce su influencia desde la primera infancia del individuo causando con gran impacto, lo que posteriormente utilizará en otros sistemas sociales: escolar, familiar, social, ya que lo aprendido en la familia será persistente y constante, por ser éste el primer grupo social donde el individuo adquirirá conocimientos, estrategias cognitivas, normas de comportamiento y motivación.

Entre más pronto se busquen apoyos que satisfagan las necesidades y muestren expectativas de las personas con discapacidad intelectual, mayor será su aceptación y conocimiento por parte de la sociedad.

CAPITULO 3. HABILIDADES SOCIALES

3.1 ¿Qué son las habilidades sociales?

Para poder iniciar con las habilidades sociales es importante primero referirse a la palabra social e implica situar a las personas en diversos contextos comunitarios donde se llevan a cabo interacciones con otros individuos, que actúan bajo ciertos esquemas de normas, construcción geográfica, culturalidad y lenguaje, que compartirán con sus iguales o diferentes para lograr un bienestar personal.

Al hablar de un vínculo con los grupos, se señala la parte más social del individuo, y el primer lazo lo establece al nacimiento con el contacto con su madre, conforme vaya creciendo se irá relacionando con otras personas que le serán significativas en su vida e iniciando una nueva etapa: la convivencia social.

Al respecto Hernández G. (1999), opina que *“la importancia de la socialización en cualquier momento de la vida de la persona para el desarrollo es entonces indiscutible. Existe acuerdo en que el comportamiento social entrena habilidades verbales y no verbales comunicativas, conductuales, cognoscitivas y afectivas, las cuales se van haciendo complejas al progresar la persona en su desarrollo, pero éstas son apropiadas dependiendo del contexto social en que se desenvuelva”*. (p.3)

Michelson y Sugai (1987), observan que el comportamiento interpersonal de un niño es vital para que adquiera reforzamientos sociales, culturales, y económicos, aludiendo a que *“Los niños que carecen de los apropiados comportamientos sociales experimentan aislamiento social, rechazo y, en conjunto, menos felicidad”* (p.18).

Por lo tanto, hay que considerar que para convivir en estos grupos sociales es importante tener y compartir afinidades, al desarrollar características y conductas

que les permitan pertenecer en los colectivos, por tal motivo será de suma importancia que los individuos sean conscientes de sus características y habilidades para lograr los objetivos de inclusión social, a lo que Hernández, G. (1999) manifiesta que: *“la experiencia humana se da dentro de un contexto social. El comportamiento se explica en términos de vínculos e influencias sociales. Dentro de este contexto surge el constructo competencia social”* (p.3).

Ya que el constructo competencia social está integrado por componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales e interactivamente integrados.

A lo anterior, Mata (2006) comenta que *“las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos complejos de interacción con los demás con el fin de lograr ciertos objetivos”* (p. 44).

Para Kelly (2002) las habilidades sociales son *“aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente...., las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo”* (p.19).

La definición de Del Prete y Del Prette en el 2002 a la cual hace referencia Mata (2006), consideran que las habilidades sociales son un conjunto de acciones y desempeños que presenta un individuo frente a las exigencias de la sociedad y las interpersonales donde en esta última, incluya variables o rasgos de la cultura.

Michelson (1987) considera a *“las habilidades sociales como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. Cuando estas habilidades son apropiadas o <<buenas>>, la resultante es una mayor satisfacción personal e interpersonal, tanto a corto como largo plazo”* (p.18). Así mismo, especifica que el término de habilidad indica que la competencia social es un acumulado de comportamientos aprendidos y obtenidos, generalmente de la sociedad, más que una característica de personalidad.

León y Medina (1998), sugieren que las habilidades sociales son *“la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva, o si se prefiere, es una clase de respuestas pertinentes para desempeñar con eficacia las siguientes funciones:*

- Conseguir reforzadores en situaciones de interacción social
- Mantener o mejorar la relación con otras personas en la interacción interpersonal.
- Impedir el bloqueo del refuerzo social o mediado socialmente.
- Mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas. (p. 15)

Para Medina (2003), Las habilidades sociales se pueden entender como capacidades funcionales; el grado con que una habilidad es relevante o funcional para una persona dependerá de la frecuencia con que sea necesaria dicha habilidad de acuerdo a las situaciones semejantes en contextos diversos, es por tanto esperar que la persona desarrolle y demuestre solo aquellas habilidades sociales que le permitan llegar a sus objetivos en las situaciones frecuentes.

En tanto que para Goñi (1998), Las habilidades sociales son conductas que pueden mostrarse en cualquier momento porque han sido aprendidas a través del entrenamiento y la práctica, y pueden ser utilizadas consciente o de manera automática.

Por tanto, se espera que las personas desarrollen y muestren aquellas habilidades sociales que les permitan llegar a sus objetivos en las situaciones que con

frecuencia se encuentra, lo anterior con el compuesto de acceder a una inclusión social a partir del ejercicio de sus derechos y capacidades.

De acuerdo a Rubin en 1981 citado por Goñi (1998), el término de habilidades sociales, se refiere a un amplio número comportamientos destinado a iniciar y mantener interacciones y relaciones sociales efectivas.

Todas las definiciones aluden a las conductas positivas o aceptables dentro de la colectividad, donde se desenvuelven los individuos y que deben ejecutar para satisfacer a la misma y como parte de un intercambio para obtener aceptación, integración e inclusión en los grupos sociales.

Por lo que Hernández G. (1999) manifiesta que *“las habilidades aisladas del contexto social no tienen significado propio, dependen de las peculiaridades de éste, qué mejor que validarlas en términos del impacto que ejerzan sobre él”* (p. 6).

Por ello, Michelson considera que definir las habilidades sociales es solo de una percepción y valoración, que por lo tanto al no haber una definición aceptada, sugiere tomar en cuenta los siguientes componentes para una definición operacionales para la comprensión de las habilidades sociales.

1. Las habilidades sociales se adquieren, principalmente, a través del aprendizaje (por ejemplo, mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información).
2. Las habilidades sociales incluyen comportamientos verbales y no verbales

A su vez, Kelly (2002) propone tres aspectos a considerar para esta definición de habilidades sociales; “(1) *entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes, (2) las situaciones interpersonales en la que se manifiestan habilidades sociales, y (3) describir la conducta socialmente competente de modo objetivo*” (p.19).

En otras palabras, el aprender habilidades sociales posibilita a las personas a buscar la convivencia social, para vivir y ser parte de grupos sociales; desear y necesitar comunicarse en forma efectiva en distintos ambiente, con distintas y nuevas personas; establecer relaciones personales, ya sea de amistad o íntima, en diferentes grados; saber recibir, expresar y entender sentimientos y emociones propios y de los demás; ser capaces de realizar peticiones, participar y colaborar dentro de diferentes ambientes: de trabajo, de escuela y recreativos; manejar y resolver conflictos; recibir y dar reconocimientos a partir de sus propios valores; sentir pertenencia y ser incluido en los grupos sociales a los que se incorpora; así como conocerse a sí mismos de forma real y positiva (Goñi, 1998).

Las habilidades sociales también incluyen conductas que nos sirven para modificar comportamientos poco favorecedores de los demás hacia nosotros y por tanto saber conducirnos ante tales situaciones de forma asertiva de manera que no nos causen daños físicos ni emocionales (Goñi, 1998).

Las habilidades sociales pueden variar y modificarse a lo largo de la vida de acuerdo a las necesidades y los ambientes a los que se enfrentan las personas.

Por lo anterior, no hay que perder de vista que las conductas y las habilidades de los niños conforme pasa el tiempo y la práctica se hacen complejas y se entrelazan multiplicándose de acuerdo a los progresos en su desarrollo. (Hernández G., 1999).

Sin embargo, no hay que perder de vista y tener siempre en mente que a medida que el niño o persona crece y se desarrolla, hay habilidades que se muestran antes que otras, por lo que escoger una habilidad siempre conviene considerar lo que la persona puede hacer en ese momento y lo que está preparando para aprender a continuación (Baker & Bringhtman 1997).

Kelly (2002) comenta *“que el grado en que un determinado tipo de habilidad va a ser importante o funcional para un individuo depende de la frecuencia con que la persona se encuentre en situaciones en la que es necesaria dicha habilidad, así como de la importancia o el valor del objetivo a alcanzar mediante el empleo de la misma”* (p. 22).

Michelson et al. (1987) retomado por Goñi: identificó siete componentes que ayudan a comprender la funcionalidad de las habilidades sociales: 1) se adquieren de manera primaria a través del aprendizaje; 2) comprenden unos comportamientos específicos y discretos, tanto verbales como no verbales; 3) suponen una iniciación eficaz y apropiada, y buenas respuestas; 4) maximizan el refuerzo social; 5) son interactivas por su propia naturaleza y engloban tanto las eficaces como las apropiadas; 6) el rendimiento de la capacidad social viene influenciado por las características del entorno; 7) los déficits y los excesos del rendimiento social pueden especificarse y destinarse a intervención.

Kelly (2002), comenta que la conducta socialmente competente que se presenta en la infancia constituye un prerrequisito para que el niño desarrolle y obtenga un repertorio interpersonal que le ayude en el futuro como persona social; logrando lo anterior en la interacción con sus iguales a partir del juego, la convivencia, el dialogo, la observación, practicar y reforzamiento al adquirir nuevas y más complicadas habilidades sociales.

El desarrollo personal y social se refiere a aspectos como el autoconcepto, el control interno, el juicio moral, la adquisición de valores, la capacidad para

considerar el punto de vista del otro y las habilidades sociales concretas, como manifestar quejas, tomar decisiones, resolver conflictos, etcétera.

Por tanto, la educación de los niños en sociedad debe incluir la formación de las habilidades sociales que les permitan un desarrollo integral y completo, que puedan participar y les genere una satisfacción de pertenecer a la sociedad. (Goñi, 1998 p.115).

Hay que señalar que el desarrollo personal y social, al igual que el desarrollo cognitivo, ocurre de lo concreto a lo abstracto. Los niños primero se dan cuenta de las características observables de su conducta y la de las otras personas, después son conscientes de los procesos internos y por último piensan sobre sus propios pensamientos sociales y de los demás (Berk, 1999, AAMR 2006, citados por Hernández, 2012).

Por lo que para la enseñanza de las habilidades sociales, Kelly (2002) observa que la edad es un factor determinante para que una conducta se considere competente o no, por lo que recordemos que en la primera infancia el juego determinante para presentar, mantener o no una habilidad social, y posteriormente el dialogo es la segunda más importante; así ubica las categorías relacionadas con la competencia social en la infancia: *“el saludo, iniciación social; hacer y responder preguntas; elogios; proximidad y orientación; participación en tareas o juegos; conductas cooperativa o de compartir; y responsividad afectiva”* (p. 220).

Medina (2003) alude a Michelson en 1987, sobre que el desarrollo de las habilidades sociales en los niños está recibiendo mucha atención de manera clínica y para la investigación por varios factores: 1) se han encontrado relaciones fuertes entre las competencias sociales en la infancia y el funcionamiento del individuo posteriormente en las áreas sociales, académicas y psicológicas, 2) hasta el momento hay pocos o ningún programa de enseñanza de habilidades sociales formales, sin embargo los educadores han reconocido la importancia de

la relación de las habilidades sociales y las funciones interpersonales que se consideran básicos para lograr una buena adaptación en la vida.

Mata (2006) comenta que para Spencer en el 2003, el éxito de las interacciones sociales se relaciona y depende de factores relacionados con el individuo, la respuesta de otros hacia él y las características del contexto social, es decir conductuales, cognitivos y emocionales.

Dentro de este trabajo se considerarán las habilidades básicas: en las áreas básicas, área personal-social y área de comunicación, de acuerdo al inventario de habilidades básicas (Macotela & Romay, 1992).

Al respecto, Hernández M. (2012) señala que el proceso de adquirir la conciencia y las habilidades sociales, se da espontáneamente los niños en sus primeros años de vida; lo que no sucede de igual manera y en los mismos tiempos cuando hay discapacidad intelectual, ya que al tener esta disminución difícilmente llegan a la autoconciencia sobre sus comportamientos y características con respecto de sus iguales en edad cronológica y en consecuencia en su desarrollo social, ya que presentan una evolución cualitativamente más limitada (Hernández M., 2012).

Considerando que toda persona con discapacidad tiene derechos y que son individuos sociales, con dignidad igualitaria al resto de las personas, se promueve a que no se le excluya del ejercicio de sus potencialidades, por lo que es necesario que cuenten con los apoyos necesarios para obtener un desarrollo social, personal y en todo caso laboral a partir de una adaptación, conocimiento de sus capacidades y habilidades, que les permita una mejoría en su calidad de vida, más allá de etiquetas o categorías que los limite y excluya (Medina, 2003).

Las personas con discapacidad intelectual, generalmente muestran un deterioro en la mayoría sus habilidades sociales. Sin embargo el grado de funcionamiento

social que llegan a presentar puede determinar su ajuste vocacional, interpersonal y a la vida independiente de acuerdo a Doll en 1953, citado por Kelly (2002).

Para Haring y Brown en 1976 citado por Macotela y Romay (1992), el niño con retraso muestra progresos y desempeños desiguales en diferentes áreas de su desarrollo, por lo que resulta necesario conocer el desfase en relación del desarrollo normal de sus iguales, así como las características y oportunidades desarrollo de los niños con retardos que no son los mismos que de los niños normales.

Por tal motivo a partir de investigaciones se ha planteado entrenar las habilidades sociales estableciendo diferentes principios de aprendizaje con la finalidad de incrementar las competencias interpersonales de los individuos y teniendo como base por un lado las deficiencias o bien los conflictos específicos de los individuos (Kelly, 2002).

Para Jeffrey en 1987, retomado por Medina (2003), las personas con discapacidad intelectual y dependiendo al grado de discapacidad que se presente es el deterioro de todas o algunas de sus habilidades sociales, por lo que si fuera posible enseñar habilidades sociales adecuada a las necesidades de estas personas sería posible su integración más satisfactoriamente en las situaciones sociales, logrando una mejor aceptación interpersonal.

3.2 Teorías sobre el aprendizaje

En esta sección se llevará a cabo un acercamiento a cinco teorías sobre el aprendizaje que consideran el retraso mental como una característica, más que un problema o enfermedad; como una condición que merece recibir la atención necesaria de acuerdo a lo que pueden lograr y lo que van a ir aprendiendo de forma gradual según se le permita relacionarse con su medio y se le estimule socialmente y dentro de ella.

Dar cuenta sobre algunos de los puntos de vista de los teóricos del aprendizaje, proporcionará una perspectiva global de lo que estos autores aseveran en cuanto al aprendizaje y en específico sobre las en personas con discapacidad intelectual o alguna desventaja para lograr dicho objetivo.

3.2.1 Teoría cognoscitiva: aprendizaje significativo

David Paul Ausubel (1983), es un referente en la psicología educativa, al proponer la noción teórica del aprendizaje significativo, el cual se concibe a partir de dos concepciones del aprendizaje: por recepción y por descubrimiento y, por repetición y significativo.

De estas dos fórmulas dicotómicas, considera el aprendizaje por recepción y por descubrimiento como la base para lograr un aprendizaje significativo, además de considerar dos factores los cuales llegan a afectar e influir en el aprendizaje: las categorías interpersonales y las categorías situacionales.

En las primeras categorías se enlista: 1. Variables de la estructura cognoscitiva, 2. Disposición del desarrollo, 3. Capacidad intelectual, 4. Factores motivacionales y 5. Factores de personalidad.

En las segundas categorías propone: a) la práctica, b) ordenamiento de los materiales de enseñanza, c) Ciertos factores sociales y de grupo y d) características del profesor.

Aun así, propone otra manera útil de clasificar el aprendizaje: de forma cognoscitiva donde se incluyen componentes intelectuales objetivos y afectivo-sociales con determinantes interpersonales y subjetivos.

Este autor subraya que *“el aprendizaje significativo comprende la adquisición de nuevos significados, y a la inversa, éstos son productos del aprendizaje significativo. Esto es, el surgimiento de nuevos significados en el alumno refleja la consumación de un proceso de aprendizaje significativo”* (p.48), así mismo *“a los cambios de organización permanentes de la estructura cognoscitiva que acompañan a este proceso, a medida que el alumno responde a las presentaciones inicial y sucesivas de la tarea de aprendizaje”* (p. 274), dándose con cambios cualitativos y cuantitativos.

Subraya que el alumno construye aprendizajes con la ayuda y la intervención del docente (adulto), que relaciona de forma no arbitraria la nueva información con lo que el alumno sabe y aprende cuando encuentra sentido a lo que se le muestra, por lo tanto, la experiencia del alumno, el conocimiento anterior y la relación entre ambos es la concreción de significados.

Por ello, el autor señala que cada niño debe ser estimulado según sus potencialidades y motivársele a aprender a un paso proporcionalmente graduado.

Ausubel (1983), aduce sobre la inteligencia, las pruebas que miden la capacidad intelectual se observan diferencias relevantes de acuerdo a la tasa de desarrollo, de la edad del desarrollo terminal y la tasa de descenso en sub capacidades que la componen y que durante la infancia es donde se desenvuelve con mayor rapidez, posteriormente se va incrementando de forma menor y progresiva.

Así mismo, comenta que el desarrollo de los componentes continúan respondiendo a las cuestiones de herencia y ambientales y se debe a estos factores que el CI permanece estable dentro de ciertos límites.

Sin embargo, cuando Ausubel (1983), refiere a los individuos deficientes es a partir de que las pruebas estructuradas para determinar poblaciones de acuerdo a su nivel intelectual ó CI e indica que *“los niños talentosos, los deficientes y los*

normales se desarrollan intelectualmente a velocidades diferentes y difieren con respecto a la organización y al patrón cualitativo de sus capacidades cognoscitivas” (p. 236).

Y que en el caso de los niños con retraso mental, se debe considerar si conviene o no asignarlos a clases regulares o de educación especial, ya que depende del nivel cognitivo del menor, de su capacidad de adaptación y de las posibilidades de obtener una individualización sobre la enseñanza en los espacios educativos.

El análisis sobre el aprendizaje puso en perspectiva la gama de diferencias individuales en cualquier nivel de edad, desarrollo, inteligencias y aptitudes particulares aprehender del conocimiento.

Por ello, sugiere que la individualización de la enseñanza es un aspecto importante en la educación y en lo posible el estudiante debe ser operante de su proceso de enseñanza, *“a cada niño debe estimularse al nivel adecuado a sus potencialidades y animársele a aprender a un paso proporcionado” (p. 259).*

3.2.2 Teoría socio- histórico cultural

Bajo esta perspectiva psicológica es importante hacer referencia al teórico Jerome S. Bruner (1988), quien contribuye al comentar que la educación toma una forma de dialogo como proceso, por el cual el niño aprende a construir los conceptos del mundo con la ayuda y guía de un adulto y el objetivo va en función de las variables que se le presentes y que son cruciales para su aprendizaje, ya que el adulto funge como tutor contemplando la edad, características, la capacidad de comprensión, sus intereses, entre otras, lo cual plantea diferencias fundamentales, llamándole el andamiaje.

Así mismos, asevera que el organismo aprende a través de códigos donde una persona agrupa información y la relaciona con su mundo, la cual se halla sujeta a

cambios y reorganización, por lo tanto cuando una persona aprende algo es porque ha comprendido el código que le permite aprehender conocimientos y por lo tanto transfiere el aprendizaje a nuevas situaciones.

Por ello, Bruner propone cuatro condiciones que pueden ser importantes para lo anterior. *“El primero de ellos son las disposiciones o actitudes. El segundo es el estado de necesidad. El tercero es el grado de dominio del aprendizaje original del que debe derivarse un sistema de codificación más genérico. El cuarto es la diversidad del procedimiento de enseñanza”* (p. 32).

A partir de la investigación transcultural, donde plantea los siguientes postulados: las orientaciones colectivas frente a las individualistas, el lenguaje como sistema cultural y cognitivo; y la cultura y el desarrollo biológico. Concluyendo que *“los entornos estimulan el desarrollo cognitivo de forma más eficaz, más temprana y más duradera que otros”* (p.109).

Por ello, afirma que el desarrollo intelectual del niño no se basa en una secuencia de situaciones que se dan de forma precisa y calculada como un mecanismo de reloj, sino que responde a las influencias procedentes del medio ambiente. Por lo tanto la instrucción de conceptos desde aquellos de nivel elemental hasta los científicos, no tiene que seguir el camino natural y conocido del desarrollo cognitivo en el niño, ya que puede guiársele ofreciéndole oportunidades llamativas y variadas para abrirse a nuevos caminos en su desarrollo.

Así mismo, subraya que lo más peculiar que posee el hombre como individuo es su historia como especie, ya que el desarrollo de su mente es influenciado siempre desde afuera: la cultura y cómo éstas ayudan a trascender la competencia, es como el humano alcanza los límites de su desarrollo individual

3.2.3 Teoría evolucionista-socio-cultural

Es importante recuperar las reflexiones de Liev Semiónovich Vygostsky (1983), al decir que *“cualquier insuficiencia corporal, no solo modifica la relación del hombre con el mundo, sino, ante todo, se manifiesta en las relaciones con la gente”* (p. 73).

Para Vygostsky, existe una estrecha relación entre los procesos del desarrollo al estudiarlos desde su origen, la genética. Para ello divide el desarrollo en 4 campos de estudio el filogenético (desarrollo de la raza humana), el socio-genético, (historia de los grupos sociales, el ontogenético (el desarrollo del individuo) y el micro-genético (estudio aspectos psicológicos de los sujetos) (García, 2000).

En los trabajos denominados Los Problemas Fundamentales de la Defectología Contemporánea de Lev Semiónovic Vygotski (1983), menciona que el retraso mental a partir del enfoque clínico es considerado como “una cosa” y no como un proceso donde no se consideran: la dinámica del niño retrasado ni las leyes del desarrollo que en estos casos son únicas, por su esencia y principios concretos.

Por lo que este autor refiere que para educar al niño con retraso mental es importante conocer su desarrollo, más que la carencia o déficit en sí y la personalidad del niño en respuesta a la dificultad con la que se enfrenta al considerando su carencia, ya que en los niños mentalmente retrasados su organismo se reestructura como un todo, su personalidad se equilibra y se van compensando a partir de los sus procesos de desarrollo, parece un círculo de retroalimentación.

Subrayando la importancia de un estudio del desde un punto de vista de las alteraciones en su desarrollo y de la acción compensatoria de sus procesos de desarrollo no se conocerá la noción completa de la situación del niño.

Además asevera que *“la educación del niño anormal debe basarse en una elevada noción de la personalidad humana, en la comprensión de su unidad e integridad orgánica”* (p. 46) y especialmente el concepto de retraso mental abarca un grupo heterogéneo de niños: con retraso patológico, físicamente deficiente y retrasado por situaciones variadas, niños normales en el aspecto físico y poco desarrollados por causas desfavorables en sus condiciones de vida y educación, éstos últimos socialmente atrasados.

En la misma línea, Vygostisky (1993), advierte que la educación de niños con deficiencias se debe fundar en que simultáneamente al defecto existen fuerzas psicológicas opuestas compensatorias que dan al individuo posibilidades de desarrollo y que deben ser éstas las que se incluyan en el proceso de enseñanza, planteando las tareas en orden, que vayan siendo graduales al proceso de aprendizaje, ya que planea que toda labor tiene un perfil de tipo compensatorio-correctivo.

Ya que en la medida que el niño haga una toma de conciencia y conozca su insuficiencia provocara en sí mismo un proceso compensatorio para su desarrollo, debido a que no solo dependen del carácter y grado del defecto sino de la situación y posición social del menor.

Por ello, este autor comenta que la humanidad deberá vencer las deficiencias no en el plano médico-biológico sino en el social-pedagógico, ya que esta en sus manos hacer que los niños (personas) superen carencias y que desaparezca el término, ya que es un concepto social.

Así mismo, plantea que el desarrollo social del niño es decisivo para adquirir procesos de sustitución y recursos auxiliares como el lenguaje, que es una función comunicativa social, y precisamente éstos últimos, van enriqueciendo al niño durante su desarrollo por su carácter compensatorio, por considerar el enlace con

la colectividad como un factor para el empuje de las funciones psíquicas superiores en los niños: normal y anormal.

Ya que considera que *“el desarrollo incompleto de las funciones superiores está ligado al desarrollo cultural incompleto del niño mentalmente retrasado, a su exclusión del ambiente cultural de la <<nutrición>> ambiental”* (p.144)

Lo anterior, refiere que los procesos superiores de la conducta utilizan estímulos del medio para desarrollarse, es decir la relación de un niño con sus iguales o adultos y de los estímulos internos que el humano va construyendo a lo largo de su desarrollo por imitación y observación (Bouzas, 2004).

Además afirma que, los procesos del desarrollo son independientes al aprendizaje que es más una situación externa, pero se vale del primero para llevarse a cabo de forma satisfactoria, por ello resalta que el mejor aprendizaje se da posterior al desarrollo (Bouzas, 2004).

Para lo cual, Vygotski (1993) argumenta a través del concepto de la zona de desarrollo próximo que todo niño que resuelve algún problema con la guía de un adulto u otra persona, permite reconocer la eficacia de su desarrollo mental más de lo que puede resolver de forma autónoma, es decir, que a partir de la distancia entre el nivel real de desarrollo (capacidad de resolver de forma independiente un problema) y del desarrollo de su potencial (capacidad para resolver con ayuda), ya que permite trazar una ruta donde se observe las funciones que el menor todavía no ha madurado y pero que están en proceso de hacerlo.

Concluyendo que los niños mentalmente retrasados deben estudiar y recibir la misma preparación para la vida igual que sus iguales, aun cuando aprendan menos que los normales y que se le adapten métodos de enseñanza o procedimientos especiales, para que después participen de ella, aunque bajo sus diferencias, pero al mismo tiempo que los demás.

Porque el aprendizaje estimula procesos evolutivos internos que se manifiestan cuando el niño interactúa con otras persona de su entorno y en cooperación con ellas.

3.2.4 Teoría psicogenética

Jean Piaget, es un teórico que se intereso en la forma en cómo los individuos a partir de su estructura y variación genética, herencia y evolución se desarrolla su estructura cognitiva.

Sobre la epistemología genética, Piaget subraya la importancia de determinar los orígenes de la variedad y construcción del conocimiento, desde las formas más elementales y observar cómo se desarrolla hasta llegar a construir un pensamiento más complejo: el científico y la objetividad, y de qué manera se incrementa desde la niñez hasta la etapa adulta (Doll, 2006).

Piaget (1967), menciona que en el caso del pensamiento humano y con base en los desarrollos biológicos y cognitivos, se deben al actuar social del individuo ya que reúne a las personas en un sistema de interacciones a partir de los niveles más elementales de su desarrollo.

Así mismo, comenta que las relaciones del organismo, su medio, sujeto y objeto se observan en una triada donde el medio se impone al organismo y le da forma en el transcurso del funcionamiento.

Para la cual, Piaget (1967) establece que el organismo del niño se desarrolla a través de una organización para el funcionamiento de subestructuras, a partir de la continuidad y conservación para la transmisión de una condición e interacción con el objeto, concluyendo que *“todo acto inteligente supone con anterioridad la continuidad y la conservación de un cierto funcionamiento”* (p.138), ya que este

funcionamiento permite la modificación de las estructuras, accede a que se conserven y ayuda al desarrollo de la estructura llevándola a otros niveles.

Aun cuando las nociones cognitivas conservan situaciones invariantes necesarias para el funcionamiento de las mismas, no quiere decir que las experiencias inmediatas no influyan en ellas, produciendo esquemas perceptivos relativamente constantes para la construcción de lo real.

Es decir, que la inteligencia necesita una serie de situaciones de conservación para organizar la información exterior en pensamiento y conciencia interna, observando en el niño que la inteligencia una disociación progresiva de formas y contenidos los cuales se enriquecerán de acuerdo al transcurso y paso por las etapas del desarrollo cognitivo: sensorio-motor, simbólica o preoperatorio, operatorio concreto y operaciones formales, esta última con una plataforma de equilibrio intermedia

Y comenta que aparece un orden jerárquico en el proceso de organización con el “encasillamiento” que es una subestructura simple como principio común en las operaciones lógicas que el menor va a ir adquiriendo durante su desarrollo cognitivo y que le permite enlazar conocimientos e irlos estructurando a unos más complejos.

Otro elemento que influye en la organización de los esquemas de conservación es la “adaptación”, en cuyo funcionamiento supone intercambios con el exterior que aunado a la conservación existe una estabilidad.

Por lo que se puede decir que, la adaptación supone un equilibrio entre el organismo y su medio producida por la asimilación y la acomodación, donde ambos constructos son complementos y uno sin el otro no se puede contemplar los procesos cognitivos de aprendizaje y transformación (Piaget, 1967).

Piaget refiere que todo acto inteligente siempre conlleva la asimilación y la acomodación como dos variantes funcionales, donde el orden no significa cronología sino la posibilidad sucesoria de construir conocimiento considerando la maduración y el medio social, tomando en cuenta que los estadios de desarrollo son integrativos, son una estructura de conjunto y un nivel de preparación por un lado y de terminación o conclusión por el otro para logrará adquirir aprendizajes posteriores (Doll, 2006).

Considerando lo anterior, Piaget abona otro termino más el “desfasamiento” el cual significa una repetición o la reproducción de un proceso específico formativo en edades diferentes, donde un desfasamiento horizontal es aquel donde una misma operación se da en dos contenidos diferentes, sin el mismo resultado, durante un mismo periodo de desarrollo y el desfasamiento vertical no se da en un mismo periodo sino en diferente donde avanza a otro nivel de operaciones, lo anterior es sólo un matiz entre el estadio o nivel de desarrollo cognitivo como estructura y como proceso (Doll, 2006).

Piaget en sí, no hablo sobre el retraso mental o bien situaciones anormales de aprendizaje, básicamente señala que hay cuatro factores para el desarrollo mental y aun así son variables: uno es la maduración nerviosa que hace posible las estructuras operacionales; dos es el ejercicio y la experiencia adquirida sobre la acción con los objetos, abstrayendo sus propiedades; el tres son las interacciones y las transmisiones sociales como el lenguaje para el intercambio y la socialización y por último el equilibrio que conduce a la reversibilidad para completar y establece una adaptación del sujeto a su medio (Doll, 2006).

3.2.5 Modelo ecológico.

Retomaremos el documento de trabajo que la SEP (2011), elaboró y proporcionó al personal de educación especial, a través de la sub jefatura de Apoyo Técnico Pedagógico sobre la Línea Técnica Pedagógica, la cual es fundamentada a partir

del modelo ecológico donde se considera especialmente el aula como un espacio de intercambio social, de interrelación y negociación en el ambiente escolar.

Y desde el punto de vista escolar se observan las situaciones de clase y los modos como responden a ella los individuos dando relevancia al estudio en dicho escenario del comportamiento, escolar y social, *“destacando la interacción que existe entre el individuo y el ambiente, preocupándose de las interrelaciones persona-grupo, y persona-grupo-medio ambiente”* (p. 10).

El aprendizaje contextual y compartido es una vivencia significativa por lo que debe ser incorporado al aula y favorecer el aprendizaje significativo, ya que se convierte en una vivencia interpretada y contextualizada, por lo que es importante fomentar la interacción entre las personas y su entorno, enfatizando el intercambio de sus acciones.

El modelo ecológico, observa a los sujetos como personas dinámicas y en crecimiento, que se movilizan hacia escenarios donde son capaces de reestructurarlos, por lo que la relación de la persona con su entorno es un intercambio de comunicación donde cada uno es transformado por el otro, existe influencia mutua.

“El modelo ecológico está constituido por cuatro componentes: proceso, contexto, tiempo y persona. Dicho modelo plantea que la persona se ve influenciada por tres sistemas, cada uno de ellos incluido dentro del otro” (p. 11), donde estos factores van a influenciar de manera única, y por lo tanto, cada persona dará una respuesta particular.

El microsistema como el primer nivel, se refiere a las características del individuo: su apariencia física, temperamento, tipo de discapacidad; así como al contexto social inmediato: la familia, hogar, grupo de iguales, que influye en la vida personal y donde se parte del sujeto como persona autónoma, que decide, que participa,

que se ve afectada por los ambientes como la escuela, el trabajo, los amigos, la pareja.

En este sistema, la familia también se convierte en aquel apoyo natural con que cuenta la persona; es el principal sistema en el que convive el individuo y del que depende en gran medida el proceso de adaptación y más si se trata de discapacidad, ya que sin ella, el alumno puede reducir su capacidad de integrarse en los diferentes aspectos dentro de su comunidad.

El mesosistema es el segundo nivel considerando a la comunidad donde vive la persona y su familia, el cual influye el funcionamiento del microsistema.

Aquí la persona con discapacidad debe ser parte activa de su comunidad, desarrollando habilidades que le permitan integrarse a sistemas sociales diferentes a su familia.

El mesosistema también considera el concepto integrador, donde la sociedad tiene la obligación de aceptar y de trabajar con las personas con discapacidad para tratar de proporcionarles diferentes opciones dentro de la comunidad a la cual pertenecen.

La capacitación para el trabajo, la integración a la aulas escolares, la participación en grupos representativos culturales y deportivos, así como el entrenamiento en habilidades sociales, y los ambientes normalizados como las empresas, las universidades, las entidades públicas y privadas son los elementos que hacen parte de este sistema.

Por último, el macrosistema donde se implican las influencias sociales, políticas y culturales de la sociedad en general y en donde convergen los dos primeros sistemas.

Finalmente, al profundizar en el macrosistema, éste incluye los tres niveles expuestos anteriormente; hacen parte de este sistema los patrones culturales, las tendencias políticas, los sistemas económicos, las creencias y, en fin, todos los factores de la sociedad en general que pueden afectar al individuo.

Al analizar cada uno de los componentes expuestos anteriormente, se observa que una situación de discapacidad es un eje transversal en cada sistema.

Al revisar las teorías observamos un continuo en las consideraciones de los elementos sociales y de adaptación para el desarrollo de estructuras que se dirigen al aprendizaje y que básicamente para todos ellos, la asociación con el medio y las personas garantizan aprendizajes consistentes.

La socialización y el medio ambiente ejercen una influencia que permitirá a cualquier persona adquirir conocimientos, estructuras, habilidades para lograr adaptaciones a su entorno.

La coincidencia en la mayoría de ellos sobre proporcionar “andamiajes” con los adultos para apoyar e ir orientando la elaboración de estructuras con base en las características y necesidad es clara y propositiva: Hay que permitir la experiencia externa para que se construya el conocimiento interno y práctico, de tal manera que no se aíslen las personas y tengan mayor oportunidad de participar en contextos varios y en los niños construir bases tempranas.

Y que sean esos adultos, principalmente los padres quienes puedan proporcionar como primer “andamiaje” esos conocimientos prácticos y básicos a los niños con discapacidad intelectual para desarrollar estructuras cognitivas y sociales para obtener experiencias y aprender de ellas.

Las desventajas físicas, cognitivas y sociales se pueden reducir con la participación familiar social y escolar. Los humanos son productos biológicos y

sociales, pero este último con mayor posibilidad de trascendencia, desarrollo y evolución individual.

3.3 Entrenamiento de las habilidades sociales.

Contar con una herramienta de manejo sencillo y práctico que les ayude a iniciar una rutina de aprendizajes de los menores en la adquisición de las habilidades sociales que sus iguales han desarrollado de manera natural y paulatina, y que en el caso de niños con discapacidad intelectual tardan en adquirir debido a su atraso en el desarrollo y de la incapacidad de reconocer signos sociales les ayudan a aprender, comprender su entorno y las relaciones sociales.

Sin demostrar estas habilidades sociales, su vínculo social hace que se convierta en una lucha constante de obtener respeto, aceptación, reconocimiento y mucho menos su inclusión en cualquier ámbito que se incorporen

Las habilidades sociales proporcionan a las personas mayor conocimiento de su entorno, de independencia, de mayor seguridad para establecer relaciones sociales, educativas y en su momento laboral, así como de pertenencia a diversos grupos como base del inicio de apoyos específicos que les permita la inclusión en la sociedad.

Considerando las de habilidades sociales como capacidades funcionales; el grado con que una habilidad es importante para una persona dependerá de la frecuencia con que sea necesaria dicha habilidad de acuerdo a las situaciones semejantes en ambientes diversos, es por tanto esperar que la persona desarrolle y demuestre solo aquellas habilidades sociales que le permitan llegar a sus objetivos en las situaciones frecuentes (Medina, 2003).

Desde una perspectiva interdisciplinaria, se puede decir que habilidades sociales infantiles están muy relacionadas con la adaptación social en el presente y en el futuro (Michelson & Sugai, 1983).

Por tanto, es necesario que para enseñar a las personas nuevas habilidades sociales es importante definir objetivamente las conductas que hacen hábil un determinado tipo de interacción (Medina, 2003).

Por ello, Kelly (2002), sugiere que el entrenamiento de las habilidades sociales implica considerar los principios de aprendizaje para aumentar las competencias interpersonales de los individuos, tomando como base sus deficiencias o conflictos específicos y en los niños el juego pro-social facilita el desarrollo de las relaciones con sus pares, promover el desarrollo de las relaciones y la reciprocidad de las acciones positivas de los demás hacia el menor, para que el infante encuentre un reforzamiento para interactuar con otros individuos en el futuro.

Considerando que *“el término <<entrenamiento de las habilidades sociales>> es la descripción general de un método de cambio conductual que puede aplicarse a una gran variedad de habilidades interpersonales”* (Kelly, 2002 p.49).

Para lo cual se tomará como punto de partida el Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay (1983), *“para vincular el diagnóstico con el tratamiento de problemas asociados al retardo y determinar habilidades que el niño posee y habilidades de las cuales carece. La determinación de las habilidades faltantes señala en forma automática las necesidades instruccionales mientras que el dato de las habilidades existentes establece el punto de partida para la enseñanza de repertorios más complejos dentro de una secuencia instruccional”* (p. 21 y 22) y la planificación de apoyos propuesto por la AAMR (2002).

En lo referente al IHB se tomará en cuenta por ser un instrumento que permite vincular la evaluación y la práctica educativa, ya que expone un conjunto de habilidades y destrezas importantes y necesarias, destinadas a habilitar a los menores con retardo en el desarrollo.

Pero al mismo tiempo, permite ubicar las habilidades y destrezas que el niño aún no posee y que se deberán considerar para un programa educacional como el que se propone, considerando que la parte de enseñanza la realizarán los padres como nuevos facilitadores de aprendizajes en sus hijos y considera aquellos repertorios que el menor posee que le permitan adquirir secuencias instruccionales más complejas (Macotela & Romay, 1992).

En esta línea de trabajo, se consideran las sugerencias de la AAMR, sobre la planificación de apoyos con el propósito de mejorar los resultados personales en la Independencia, relaciones, contribuciones, participación escolar y comunitaria y bienestar personal.

Señalando que *“Los apoyos son recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual”* (AMMR, 2002 p. 32).

3.4 La evaluación de las habilidades sociales.

“En el caso de los niños, es posible observar diferencias en el juego y la conducta social de los niños populares e impopulares. En la evaluación y el entrenamiento de las habilidades sociales, lo que se pretende es determinar los componentes conductuales específicos que constituyen el tipo de habilidad deseado y, a partir de aquí, enseñar sistemáticamente al cliente falto de habilidades las conductas componentes que se hayan identificado” (Kelly, 2002 p. 26).

Para Michelson y Sugai (1983), los procedimientos que permiten evaluar con certeza la enseñanza, y determinar los aprendizajes, son elementos valiosos en cualquier programa de enseñanza de las habilidades sociales.

De acuerdo a Medina (2003), en la evaluación y la intervención de las habilidades, se pretende determinar qué componentes conductuales se señalan como el tipo de habilidad deseada y a partir de ahí, comenzar a enseñar a la persona con dificultades dichas habilidades identificadas para crear nuevos componentes en su conducta.

Macotela y Romay (1992) señalan que Fallon Y McGovern en 1978, mencionan que la evaluación representa el primer paso para la habilitación del niño con retraso mental y/o discapacidad intelectual, para saber la naturaleza y la dimensión de la incapacidad de manera que se tomen decisiones apropiadas para la intervención y prevención.

Macotela y Romay (1992) resaltan lo mencionado por Ysseldike y Shinn en 1981, al señalar que se deberá considerar a la evaluación como el proceso por el cual se obtienen datos importantes con la finalidad de establecer una relación importante entre la evaluación y la intervención instruccional, que permita tomar decisiones de tipo educativas para vincularla con la instrucción requerida por las características particulares y las habilidades que el menor no posee como el objetivo a trabajar.

Por lo que, los comportamientos que se determinan pueden ser objetivos para la enseñanza, ya que al comparar las pre y post enseñanza darán una medida sobre la eficacia de la intervención e indicara que habilidades sociales han mejorado y cuáles no, qué deficiencias persisten (Michelson & Sugai, 1983) y a lo que sugieren que para medir los deficits se utilicen tres modalidades para evaluar las habilidades: *“la observación conductual, los informes de otras personas y las medidas de autoinforme”* (p. 30).

En el conocimiento de las habilidades sociales como eje de desarrollo personal de cualquier individuo, es necesario apoyar a los alumnos a través de los personajes más importantes para ellos: los padres y si éstos a su vez avanzan junto con sus hijos en adquirir destrezas y habilidades que les permita ser los maestros de los menores, darán a éstos la oportunidad de integrarse con las personas, de ser autosuficientes e independientes; reduciendo la carga emocional respecto a la aceptación y supervivencia de los mismos en donde quiera que estén.

CAPITULO 4. PROPUESTA:

“Programa dirigido a padres de con hijos de entre 4-6 que presentan discapacidad intelectual para apoyar el desarrollo de habilidades sociales que permitan un integración a la sociedad”

4.1 Justificación.

El ejercicio de mi profesión de psicología en el área de educación especial, dentro del nivel escolarizado público y atendiendo los diferentes niveles educativos básicos, me ha permitido conocer y trabajar con los alumnos con discapacidad intelectual y con sus padres, quienes con frecuencia manifiestan dudas, incertidumbre y desconocimiento de cómo enfrentar y atender la situación de sus hijos.

Al conversar, intercambiar opiniones y dar sugerencias a los padres, se han dado cuenta que aún teniendo el diagnóstico clínico, carecen de conocimientos teórico y prácticos sobre lo que significa la discapacidad intelectual, cómo educarlos, cómo enseñarles algún comportamiento específico, cómo convivir con ellos, qué tipo de atención requerirán dadas las circunstancias y en la medida de sus posibilidades y de los menores.

Además, de cómo convivir diariamente con la condición, la familia y la sociedad, lo cual no resulta nada fácil tomando en cuenta la percepción general que se tiene sobre la discapacidad intelectual y, sobre todo, como padres, respecto al futuro que le espera a sus hijos, su bienestar personal, educativo, de salud y dentro de la sociedad.

Lo anterior, se convierte en algo más complicado, cuando los padres no tomaron decisiones de apoyo y atención desde una edad temprana de sus hijos, que les permitiera adquirir aprendizajes más estructurados y conocimiento de su entorno

social y familiar y con ello, presentar conductas adaptativas para la convivencia e inclusión en contextos comunitarios.

Desde este punto de vista, mi propuesta es realizar un programa que ayude a los padres a enseñar a sus hijos, en sus primeras etapas, elementos sociales que les permitan su integración social desde la infancia y conducta adaptativas para su convivir diario en diferentes entornos considerando su discapacidad y con ello lograr su inclusión en su comunidad y otros grupos de acción.

4.2 Programa.

Objetivo general.

Enseñar a los padres con hijos con discapacidad intelectual de entre 4-6 años de edad a detectar las habilidades sociales que poseen o no los menores, a través del manejo del inventario de habilidades básicas, utilizando las áreas: básicas, personal social y comunicación.

Objetivos específicos.

- a) Utilizarán las hojas de registro del inventario de habilidades básicas como herramienta para conocer las categorías y los reactivos que clasifican los repertorios conductuales en el nivel de desarrollo de entre 4-6 años de edad.
- b) Observarán y señalarán que repertorios del inventario poseen sus hijos.
- c) Clasificarán por orden de importancia aquellos repertorios que no poseen sus hijos.
- d) Iniciarán un plan de trabajo para desarrollar los repertorios de las tres áreas de habilidades básicas que necesitan poseer los menores para su inclusión social.
- e) Conformarse como un grupo de apoyo entre los participantes.

4.3 Los participantes.

Los padres de familia en pareja o solteros, con hijos de entre 4 y 6 años que cursen el nivel preescolar y presenten discapacidad intelectual.

El programa se impartirá a un máximo de 15 padres de familia, de preferencia que sepan leer y escribir, de lo contrario se podrá adaptar el instrumento de forma visual.

4.4 Espacio, material e instrumentos.

Espacio: Se deberá contar sitio dentro de las instalaciones de una escuela de nivel preescolar donde aloje a 15 personas con suficiente espacio entre ellas, con sillas, mesas o bancas, con luz natural y artificial, y ventilación apropiada.

Material: un proyector, una computadora de escritorio o portátil, un rotafolio y marcadores.

Instrumentos: listado de las habilidades y destrezas de acuerdo a cada área que se evaluará, listados de cotejo y libreta anecdótica.

- Hoja de registro de integración sobre conductas que los padres consideran que sus hijos realizan y no realizan o bien, conductas positivas y conductas negativas a su juicio.
- Libreta anecdótica en donde los padres en forma narrativa anotarán sus experiencias personales al implementar dicho programa.
- Lista de cotejo con base en los formatos de registro de las áreas y sub áreas ya mencionadas, dichas listas se establecen a partir de los reactivos si consideran la calificación en el registro sino solo lo realiza no lo realiza o a veces lo realiza.

- Hoja de instrucciones sobre cómo llevar a cabo la enseñanza de conductas con instrucciones, recompensas, correcciones y lenguaje.
- Materia impreso de apoyo con información de instituciones y servicios educativos relacionados con la discapacidad intelectual.

4.5 Diseño y fases del programa.

El programa se llevará a cabo en cinco sesiones con duración de una hora y media y cada quince días.

Así mismo, el programa se desarrolla en tres vertientes: a) sensibilización para crear una red de apoyo, b) procedimientos en el hogar, c) procedimientos en la comunidad, d) anexos: material, instrumentos y recursos, método de evaluación y materiales para consolidar la red de apoyo.

4.5.1 Sensibilización para crear una red de apoyo.

El conocimiento y la sensibilización sobre las limitaciones, alcances y perspectivas que tiene la discapacidad intelectual, se dará mediante reuniones una red de apoyo con el propósito de establecer un grupo de personas que a través de la situación que tienen en común en sus hijos, se junten para apoyarse de emocionalmente, de manera que no se sientan solos en su interés por mejorar lo que están viviendo y para solucionar o bien llevar a cabo el intercambio de información específica, lo anterior se llevará a cabo en 4 convocatorias de reunión.

4.5.2 Desarrollo.

a) 1era. Convocatoria de reunión con los padres en la sesión inicial se especificará los objetivos del programa, se abordará el tema, qué conocen del mismo y comentar sus vivencias al respecto, de manera que se vaya construyendo una grupo de apoyo entre ellos.

b) 2da. Convocatoria de reunión: uso de los formatos de registro de IHB para detectar las habilidades sociales, dará inicio a las sugerencias de procedimientos en el hogar y se pedirá un reporte a los maestros sobre sus observaciones respecto de las conductas (repertorios) de los alumnos.

c) 3ra. Convocatoria de reunión: Se intercambiará opinión sobre el seguimiento y avances con el menor, en los cuales se compartirán las observaciones, de los maestros de grupo respecto a la conducta de los menores en el contexto escolar como parte de la contextualización de los aprendizajes y sus nuevos repertorios y se darán las sugerencias de los procedimientos para en la comunidad.

d) 4ta. Convocatoria. Se revisarán los avances y se analizarán los repertorios adquiridos y como dar seguimiento y atención a otros nuevos.

e) 5ta. Convocatoria: se darán a conocer los avances, dificultades y logros del programa a partir de la evaluación, se realiza la compilación del material impreso, que estimule la continuidad de la red de apoyo y la propia búsqueda de objetivos de acuerdo a las necesidades de cada menor con discapacidad intelectual y su familia.

4.6 Procedimientos en el hogar.

Se combinarán acciones de las tres áreas que se han considerado para ir desarrollando repertorios en los menores:

- a) Creación de un calendario de actividades.
- b) Establecer palabras claves de conocimiento social general para que comprendan su entorno e ir anexando palabras nuevas.
- c) Listado de actividades con instrucciones precisas y cortas.
- d) Manejo de sucesos y tiempos para aplicar.

- e) Desarrollo de motivación intrínseca y resistencia a la frustración
- f) Instrumento de evaluación: lista de cotejo y libreta anecdótica.

4.7 Procedimiento en la comunidad.

- A) Establecer un listado de acciones a llevar a cabo como parte de un entrenamiento inicial en diversos ambientes.
- B) Establecer un listado de palabras claves conocidas e ir ampliando su nivel conceptual con variación del léxico y frases.
- C) Instrumento de evaluación: lista de cotejo y libreta anecdótica.

4.8 Red de apoyo: Materiales de apoyo.

Es indudable que tener referencias para consultar y a dónde acudir para recibir apoyo especializado permite la toma de decisiones sobre la mejor opción de atención para la persona con discapacidad intelectual y su familia, es indispensable para actuar en tiempo y forma, y con ello disminuir la probabilidad de aislamiento del menor de la vida social.

Por tal motivo, se hará una compilación de instituciones y servicios educativos que ofrezcan dicha ayuda referenciada, que provengan de una base oficial y con una trayectoria comprobada en la atención de la discapacidad intelectual.

El material se realizará con la cooperación de cada uno de los padres, donde aportarán, a través de investigación, datos, direcciones y referencias, mismas que se les darán a cada uno de manera impresa para un uso más dinámico.

4.9 Evaluación.

La evaluación se dará a partir de listas de cotejo de los comportamientos que poseen y aquellos que hay que mejorar en los menores de acuerdo a las

observaciones de padres y con la observación de los docentes de escuela o bien puede participar otros elementos familiares (ver anexo, instrumento 1).

Dichas lista de cotejo (ver anexo, instrumento 2), se contemplan cuatro tiempos, a partir de la segunda convocatoria de reunión, ya que se comentará como el desarrollo del proceso aciertos y errores, para recibir nuevas observaciones por parte del asesor.

Los padres, se registrarán lo observado cada semana y los cambios que vayan presentando los menores.

Se realizará al inicio una opinión sobre lo que los padres esperan de aprender el programa de habilidades sociales, y al concluir con la quinta sesión, se les pedirá su opinión respecto a lo que se logro y si obtuvieron lo que inicialmente esperaban, será una redacción abierta e individual, aun cuando acudan en pareja.

4.5 Conclusiones.

En el tiempo que tengo trabajando en la atención a personas que presentan alguna discapacidad y en especial con aquellas con disminución intelectual, he reflexionado sobre la manera en que distintos actores en la sociedad están contribuyendo y apoyando el proceso de atención de las mismas.

Donde penosamente, aún persiste la idea en la sociedad de etiquetar a las personas a través de estudios clínicos unidireccionales y que en muchas ocasiones son los que dan la pauta de atención como un problema de salud y exclusión.

Cuando los educadores aún sostienen el menor con discapacidad es el problema y no los contextos; sumándose los padres con este tipo de pensamiento social, por falta de conocimiento sobre la discapacidad intelectual y sus características.

Sin considerar que las personas se constituyen en los planos biológico, psicológico, social, cultural y académico, por lo tanto su apoyo debe ser integral tomando sus contextos familiar, escolar y social.

Que las personas con discapacidad intelectual tienen esa característica y es la sociedad la que debe ayudar a su integración considerando sus necesidades.

Que no debe ser la sociedad en su conjunto la que ponga obstáculo, basados en creencias y desconocimiento del tema.

Por ello, se consideró el contexto familiar como el principal punto de apoyo para el individuo con discapacidad intelectual, ya que los padres, hermanos y demás miembros siempre considerarán ayudar y sacar adelante a uno de los suyos.

Y siendo los padres la cabeza de familia son los actores principales del programa propuesto, por ser los principales transmisores de elementos sociales iniciales y esenciales para el desarrollo adaptativo de los miembros del clan familiar al tener como objetivo lograr el bienestar de los suyos.

Así, este programa es una opción de enseñar a los padres para que observen las destrezas y fortalezas que poseen sus hijos con discapacidad intelectual y que perciban qué habilidades básicas, sociales y de comunicación requiere de mayor atención para la formación de hábitos que más tarde se convertirán en aprendizajes.

Al identificar las habilidades de los hijos con discapacidad intelectual, los padres tendrán la referencia sobre las que no poseen y por lo tanto se deberá trabajar con los menores de manera específica y direccionada, de acuerdo al orden de importancia.

Enseñar habilidades sociales, permite que las personas aprendan a desempeñarse lo más satisfactoriamente posible para ellas y en sociedad, ya que el individuo es un ser social, por lo que es la oportunidad de ser habilitado para incorporarse a las comunidades donde transite, lo más eficaz, oportuno, eficiente y lo más pronto posible.

Considerando que, si se enseña a las personas desde una edad temprana las reglas sociales y el modo de convivir en ella, demostrarán que pueden realizar actividades más allá de sus características, aprenderán a conocer sus habilidades, y buscarán concederse a ellos mismos las oportunidades de vivir en sociedad y en armonía con lo que aprendan a hacer y puedan compartir, en el presente y futuro.

Con lo anterior, se apoyará la inclusión social, la salud emocional y sus necesidades para la autodirección e independencia de las personas con

discapacidad intelectual, al ser los ejes básicos en este proceso de aprendizaje familiar e institucional.

Pero, lo más importante es que la familia creará en sí misma, sabrá que no es la única que está viviendo la discapacidad intelectual y que los padres serán el instrumento que ayude a la sociedad a dar el justo valor a sus hijos y sus acciones al crear el camino que permitirá que otros lo recorran con más y mejores opciones.

A su vez, el programa al proponer que los padres sean partícipes de vivencias y experiencias con otras personas con circunstancia iguales o parecida, les proporcionara una marco de apoyo vivencial y de conocimiento que les ayudará a comprender mejor las situaciones que están experimentando y obtener opciones para auxiliar a sus hijos a su desarrollo personal.

También, ayudará a que los padres provean de enseñanza y destrezas a sus hijos a partir de la observación, el lenguaje, la imitación, el intercambio, la colaboración y con la práctica misma.

Pero lo más importante, es que los padres aprenderán a conocer a sus hijos, a valorar el esfuerzo de ambos por lograr ser parte de la sociedad sin tener que esconder nada y sin prejuicios, a ir paso a paso cada día, hacer conciencia social sobre los logros que vayan obteniendo como familia e individuos, a ir quitando mitos sobre el retardo mental y la discapacidad intelectual y dar oportunidad de que la comunidad lo reconozca como parte de ella.

Como lo han expresado los diversos autores, los niños y adultos que presentan discapacidad intelectual necesitan saber integrarse a los diferentes espacios como fuente de conocimientos, experiencia y oportunidad para lograr su inclusión adaptativa en los diferentes espacios donde les toque estar.

Lo anterior, se sustenta con los principios que los diversos autores han expuesto respecto a la necesidad de seguir siendo seres sociales, incluyentes y solidarios en la transmisión de conocimientos entre los individuos, haciendo uso de la experiencia de cada persona y su historia personal y cultural.

Ya que en la experiencia de mi práctica profesional, lo que más conflictúa a las personas son los comportamientos que no llevan un orden y estructura social al relacionarse con otros individuos y en especial los aprendizajes que no poseen las personas con discapacidad intelectual respecto a su actuación en la comunidad, más que su disminución cognitiva.

Hay que insistir en lo que pueden lograr en su conjunto y compartir la lucha de dar la oportunidad al menor más allá de sus características y diferencias con otros individuos, las cuales siempre habrá y seguirán existiendo bajo el principio que todos somos únicos e irrepetibles.

El programa abre la oportunidad a los padres de trabajar para sus hijos de forma dirigida, única y con objetivos claros, al conocer que elementos son necesarios que posean sus hijos, para que a partir de habilidades básicas logren habilidades más complejas como las sociales, las que entre más pronto se habiliten, la inclusión social será más efectiva y menos conflictiva para el menor y la familia.

A fin de obtener mejor calidad de vida y su incorporación a actividades sociales y productivas.

REFERENCIAS.

- American Psychological Association (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (3ª ed. Adaptada para el español por la editorial Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental AAMR (2002). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (10ª ed. Trad. Verdugo, M. A. & Jenaro, C., 2004). Madrid: Alianza Editorial.
- Ausubel, D. P.; Novak, J.D. & Hanesian, H. (1983). *“Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo”*. México: Trillas.
- Bouzas P. (2004). *El constructivismo de Vigotsky: pedagógica y aprendizaje como fenómeno social*. Buenos Aires: Longseller.
- Bruner J.S. (1988). *Desarrollo cognitivo y educación: textos seleccionados* (trad. J. M. Igoa, R. Arenales, G. Solana, F. Colina). Madrid: Morata.
- Castañeda, C. (2004). *Deficiencia mental: Aspectos teóricos y tratamientos* (6ª ed.). Madrid: CCS.
- Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos (s/f). *Uso correcto del término: Personas con discapacidad*. México: SEP (circulación limitada SEP).
- Doll, J.M. (1993). *Para comprender a Jean Piaget*. (Trad. Maricarmen Carrillo 2006). México: Trillas.
- Edgerton, R. (1985). *Retraso mental* (2ª ed. Adaptada al español por la editorial Morata). Madrid: Morata.
- Esquivel, A. F.; Heredia, A.M.C & Lucio, G. E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. (3ª. ed.). México: El Manual Moderno.
- García, G. E. (2000). *Vigostski: La construcción histórica de la psique*. México: Trillas.
- Gil, F. & León R. J. M. (1998). *Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Goñi, A. G. (1996). *Psicología de la educación sociopersonal* (2ª ed.). Madrid: Fundamentos.
- Hernández, G. L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. México, D.F.: UNAM.

- Hernández, M. G. (2012). *Saberes y Quehaceres de los maestros de apoyo, reflexiones en torno a la Discapacidad Intelectual y a la escuela Inclusiva* [Versión electrónica], Aguascalientes, México: instituto de Educación de Aguascalientes. Recuperado de <http://www.básico.sep.gob.mx/seb2010/start.php>
- Ingalls, R. P. (1978). *Retraso mental: La nueva perspectiva* (trad. al español por Pedro Rivera Ramírez). Nueva York: El Manual Moderno.
- León, R. J. M. & Medina A. S. (1998). *Aproximación conceptual a las habilidades sociales*. En F. Gil & J. M. León (Eds). *Habilidades Sociales: Teoría, investigación e intervención* (pp. 15-23). Madrid: Sintesis Psicología.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2012). [Versión electrónica] México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5243829&fecha=16/04/2012
- Ley General de las Personas Con Discapacidad (2005). [Versión electrónica] México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ley100605.html>
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2011). [Versión electrónica]. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011
- López, C. A. (2006). *Todos en la misma escuela: Familia*. Dirección general de desarrollo de la gestión e innovación educativa de la subsecretaría de educación básica y Dirección de innovación educativa como parte del programa nacional de fortalecimiento de la educación especial y la integración educativa. D. F. México: SEP (circulación limitada SEP).
- Kelly, J. A. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales: Guía práctica para intervenciones (adaptada al español por Susana del Viso)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Macotela, F. S. & Romay, M. M. (1992). *Inventario de habilidades básicas*. (Reimpreso 2008). México: Trillas.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR (2002). Barcelona: Elsevier Masson.
- Martino, R. H. & Barrera, L. E. (2003). *El niño discapacitado*. Argentina: Nobuko.

- Mata, C. L. (2006). *Propuesta de taller de entrenamiento de habilidades sociales dirigido a adolescentes con TDA*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Membrillo, L. A., Fernández, O. M. A., Quiroz, P. J. R. & Rodríguez, L. J. L. (2008). *Familia: Introducción al estudio de sus elementos*. México, D.F.: Etmasa.
- Medina, G. G. & Santillana, C. A. (2003). *Propuesta de un programa de desarrollo de habilidades sociales a través de estrategias de solución de problemas y comunicación para alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a una discapacidad intelectual*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. & Kazdin, A. E. (1983). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. (Trad. Eulalia Andreu, 1987). Barcelona: Martínez Roca.
- Molina A. E. (2003). *Guía práctica para la integración escolar de niños con necesidades especiales: Guía práctica para padres y maestros*. México: Trillas (circulación limitada SEP).
- Molina, G. S. (1994). *Deficiencia Mental: Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Malaga: Aljibe.
- Molina, G. S. & Arraiz, P. A. (1993). *Procesos y estrategias cognitivas en niños deficientes mentales*. Madrid: Pirámide.
- Papalia, D. E., Wendkos, O. S. & Duskin, F. Ruth (1975). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia* (11ª ed. 2009 Adaptada al español por McGraw-Hill/interamericana. México: McGraw-Hill/interamericana
- Piaget, J. (1974). *Adaptación vital y psicología de la inteligencia: Selección orgánica y fenocopia*. México: Siglo XXI.
- Piaget, J. (1967). *Biología y conocimiento: Ensayo sobre las relaciones entre las regulaciones orgánicas y los procesos cognitivos*. (Trad. Francisco González Aramburu 1969). México: Siglo XXI.
- Secretaría de Educación Pública (2003). *La integración educativa en el aula regular, principios, finalidades y estrategia: integración educativa*. Dirección general de investigación Educativa de la subsecretaria de la educación básica y normal. México: SEP (circulación limitada SEP).
- Secretaría de Educación Pública (2011). *Planes y programas de estudio 2011, Educación Básica*, D.F. México: SEP (circulación limitada SEP).

Secretaría de Educación Pública (2011). *Documento de trabajo: Línea Técnica 2011-2012*. Jefatura de apoyo técnico pedagógico, departamento de educación especial en el valle de México. México: SEP (circulación limitada SEP).

Scheffer, H. R. (2000). *Desarrollo social* (1ª. Ed. Adaptada al español por Siglo XXI). México: Siglo XXI.

Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Valdez, A. A. C. (2007). *Familia y desarrollo: intervención en terapia*. México: Manual Moderno.

Vygotski, L.S. (1983). *Obras escogidas vol. V: Fundamentos de defectología* (Trad. Julio Guillermo Blank). Madrid: Aprendizaje visor

ANEXOS: INSTRUMENTO 1.

HOJA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN INICIAL DE PADRES.

<p>CONDUCTAS (Observe las acciones que su hijo(a) realiza en los diferentes lugares donde se encuentre, anótelos en esta lista y marque con una X con qué frecuencia lo hace).</p>	Siempre	Nunca	A veces
<p>En lugares y entornos (pone atención, explora, sigue visualmente, se orienta, busca, explora, que le llama atención).</p>			
<p>Seguimiento de instrucciones (obedece, realiza lo solicitado como se le indica, hace secuencias, imita, observa).</p>			
<p>Comunicación con sus iguales y con adultos (se expresa, reconocer, identifica, menciona, articula bien, conoce objetos, conversa, escucha)</p>			
<p>Con su persona (sabe lavarse, se viste y desviste solo, escoge su ropa, cuida sus pertenencias, arregla su entorno, como de forma adecuada)</p>			
<p>Enliste, los lugares donde comúnmente se observan las conductas que se pretende mejorar.</p>			

Instrucciones de aplicación del instrumento 1.

- ✓ Anote en una lista las conductas que regularmente realiza el menor en cada sitio donde éste, considerando las opciones en la hoja de registro 1

Ejemplo: HOJA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN INICIAL DE PADRES.

CONDUCTAS (Observe las acciones que su hijo(a) realiza en los diferentes lugares donde se encuentre, anótelos en esta lista y marque con una X con qué frecuencia lo hace).	Siempre	Nunca	A veces
En lugares y entornos: Pone atención (ve a los ojos) explora, sigue visualmente,		x	x x
Seguimiento de instrucciones: Obedece, realiza lo solicitado como se le indica, Hace secuencias,			x x x
Comunicación con sus iguales y con adultos: se expresa con claridad, con sentido reconocer personas	x x		x x
Con su persona: sabe lavarse solo, se viste y desviste solo, escoge su ropa,		x x	x
Escriba los lugares donde comúnmente se observan las conductas que se pretende mejorar. Escuela, parque, casa de familiares.			

Consideraciones.

- Recuerde que es un trabajo colaborativo entre padres y familiares que participen en convivencia con el menor.
- Los padres tendrán que llegar a acuerdos sobre lo que cada uno opina y considera de las conductas.
- Los padres tendrán que organizarse sobre cómo deberán registrar las observaciones del menor.
- En caso de que haya otros familiares en la convivencia diaria, se les hará llegar dicha información y aclarar dudas, de ser necesario.

Instrumento 2.

LISTA DE COTEJO

(Retomado del Inventario de Habilidades Básicas (IHB), Macotela & Romay, 1992)

Instrucciones: a) se enlistarán las conductas a mejorar por orden de importancia, de acuerdo al IHB, b) poner (X) si lo realiza y (-) si no lo hace, durante cada semana para comparar avances.

Área Básica:	1ª semana (Casa-calle)	2ª semana (casa-calle)	3ª semana (otros)
Área Personal-Social	1ª. fase	2ª fase	3ª fase
Área Comunicación	1ª. fase	2ª fase	3ª fase

Observaciones: _____

Listas de referencia Inventario de Habilidades Básicas
(Macotela & Romay, 1992)

Contenido por categorías de acuerdo a las hojas de registro del IHB de las áreas básica, personal-social y comunicación.
Observación: se pueden utilizar otro tipo de objetos para sustituir los que se sugieren en esta lista de no contar con ellos.

Área básica	Área persona-social	Área comunicación
<p><u>Sub área Atención:</u></p> <p>A. Integración componentes atentivos</p> <p>1. Permanece orientado a la actividad</p> <p>a) al desplazarse</p> <p>b) actividades visomotrices finas</p> <p>c) identificación</p> <p>d) igualación</p> <p>2. Permanece orientado a la persona</p> <p>3. Permanece orientado al grupo</p> <p>B. Exploración</p> <p>1. explora juguetes</p> <p>2. explora libros</p> <p>C. Seguimiento Visual</p> <p>1. Recorridos Horizontales</p> <p>a) 50 cm distancia</p> <p>b) 2 m distancia</p> <p>2. Recorridos verticales</p> <p>a) 50 cm distancia</p> <p>b) 2 m distancia</p> <p>3. Localiza</p> <p>a) pelota</p> <p>b) globo</p> <p>D. Fijación visual</p> <p>1. Fija en objetos</p> <p>a) coche</p> <p>b) muñeca</p> <p>2. Fija en láminas</p> <p>a) circo</p> <p>b) calle</p> <p>E. Contacto visual</p> <p>1. Contacto con el evaluador</p> <p>a) c/instrucción</p> <p>b) espontáneo</p> <p>2. Contacto con juguetes</p> <p>a) c/instrucción</p> <p>b) espontáneo</p> <p>F. Orientación</p> <p>1. Estímulos sonoros</p> <p>a) Derecha</p> <p>b) Izquierda</p> <p>2. Estímulos táctiles</p> <p>a) Derecha</p> <p>b) Izquierda</p> <p><u>Sub área seguimiento de instrucciones imitación:</u></p> <p>A. Actividad bajo instrucción o por imitación.</p> <p>1. Actividad bajo instrucción</p> <p>a) "ve a lavarte las manos y regresas"</p> <p>b) "lava este plato"</p> <p>c) "ve al salón, preparas la meja para comer y me avisas cuando termines"</p> <p>d) "ilumina (recorta) esta figura, cuando termines guardas el material en esta</p>	<p><u>Sub área autocuidado:</u></p> <p>A. Control de esfínteres</p> <p>1. Avisa</p> <p>a) c/señas o gestos</p> <p>b) vocalmente</p> <p>2. Uso del retrete</p> <p>a) baja prendas</p> <p>b) toma posición</p> <p>c) orina dentro taza</p> <p>d) sube prendas</p> <p>e) acciona palanca</p> <p>B. Aseo personal</p> <p>1. Aseo de manos</p> <p>a) abre llave</p> <p>b) se moja</p> <p>c) toma jabón</p> <p>d) se enjabona</p> <p>e) se enjuaga</p> <p>f) cierra llave</p> <p>g) se seca</p> <p>2. Aseo cara</p> <p>a) se moja</p> <p>b) se enjabona</p> <p>c) se enjuaga</p> <p>d) se seca</p> <p>3. Aseo de dientes</p> <p>a) toma cepillo</p> <p>b) pone pasta</p> <p>c) cepilla dientes</p> <p>d) cepilla muelas</p> <p>e) se enjuaga</p> <p>f) escupe agua</p> <p>4. Aseo nariz</p> <p>a) se limpia</p> <p>b) exhala</p> <p>5. Peinado</p> <p>a) toma peine</p> <p>b) peina lado derecho</p> <p>c) peina lado izquierdo</p> <p>d) peina atrás</p> <p>e) peina adelante</p> <p>C. Vestido y desvestido</p> <p>1. Desvestido</p> <p>a) se quita prendas superiores</p> <p>b) se quita prendas inferiores</p> <p>c) se quita calcetines</p> <p>d) se quita zapatos</p> <p>e) se baja cierres</p> <p>f) desabotona</p> <p>g) desamarrar agujetas</p> <p>2. Vestido</p> <p>a) discrimina revés</p> <p>b) discrimina parte delantera</p> <p>c) se pone prendas superiores</p> <p>d) se pone prendas inferiores</p> <p>e) se pone calcetines</p> <p>f) se pone zapatos</p> <p>g) sube cierres</p> <p>h) abotona</p> <p>i) amarra agujetas</p>	<p><u>Sub área vocal gestual:</u></p> <p>A. Expresión de necesidades, deseos y preferencias</p> <p>1. Elige</p> <p>a) material</p> <p>b) actividad</p> <p>2. Acepta o se niega</p> <p>3. Solicita</p> <p>a) material</p> <p>b) actividad</p> <p>c) alimento</p> <p>B. Reconocimiento personal</p> <p>1. Responde a su nombre</p> <p>2. Se refiere a sí mismo</p> <p>3. Reconoce su imagen</p> <p>C. Identificación de partes, cuerpo y prendas.</p> <p>1. Esquema corporal</p> <p>a) Cabeza</p> <p>b) Manos</p> <p>c) Boca</p> <p>d) Pies</p> <p>e) ojos</p> <p>2. Prendas de vestir</p> <p>a) pantalón</p> <p>b) zapatos</p> <p>c) camisa</p> <p>d) suéter</p> <p>e) calcetines</p> <p>D. Identificación de elementos físicos</p> <p>1. Juguetes</p> <p>a) pelota</p> <p>b) coche</p> <p>c) muñecas</p> <p>d) globo</p> <p>e) canicas</p> <p>2. Partes habitación</p> <p>a) ventana</p> <p>b) puerta</p> <p>c) piso</p> <p>d) pared</p> <p>e) techo</p> <p>3. Identifica utensilios</p> <p>a) jabón</p> <p>b) peine</p> <p>c) toalla</p> <p>d) cepillo de dientes</p> <p>e) papel higiénico</p> <p>E. Identificación de elementos en lámina</p> <p>1. Alimentos</p> <p>a) pan</p> <p>b) leche</p> <p>c) manzana</p> <p>d) agua</p> <p>e) huevo</p> <p>2. Animales</p> <p>a) perro</p>

<p>caja, ahorita regreso” e) “ve al otro salón, le das este cuaderno a la maestra y regresas aquí” 2. Actividad por imitación. a) Lavarse los dientes y colocar el cepillo en su lugar b) Formar un collar c) Colocar figuras en su bajorrelieve d) Colocar bolos, pararse a 1 m de distancia y lanzarles una pelota. e) Cantar una canción f) Pegar papel sobre dibujo y guardar pegamento en una caja</p> <p>B. Acciones secuenciadas bajo instrucciones o por imitación. 1. Acciones secuenciadas bajo instrucción. a) “Ve a la cocina por un plato” b) “Trae la toalla del baño” c) “Sacar tu ropa de la bolsa mientras regreso” d) “Haz una torre con estos cubos” e) “Guarda las pijas en el frasco mientras regreso” 2. Acciones secuenciadas por imitación. a) Sacar una pelota de un armario y lanzarla a una tercera persona b) Tomar una charola con objeto encima y entregarla a una tercera persona c) sacar un trapo de un cajón y limpiar una mesa d) Sacar suéter de la bolsa y ponérselo e) Sacar punta a un lápiz</p> <p>C. Acciones simples bajo instrucción y por imitación. 1. Acciones relacionadas con esquema corporal. a) “Siéntate aquí” b) “Enséñame tus manos” c) “Dime para qué sirve a cuchara” 2. Acciones relacionadas con objetos a) “Abre tu lonchera” b) “Empuja la silla hacia la mesa” c) “toma el crayón” 3. Acciones Relacionadas con Terceras personas a) “Saluda a...” b) “Pídele su lápiz a...” c) “Enséñale tu dibujo a...”</p>	<p>D. Hábitos alimenticios 1. Realiza actividades p/ alimentarse a) permanece sentado b) usa cuchara c) usa vaso d) usa servilleta 2. Se alimenta correctamente a) bebe s/ derramar b) ingiere alimentos c) mastica c/boca cerrada d) traga antes de introducir otro alimento.</p> <p><u>Sub área socialización:</u></p> <p>A. Adaptación 1. Situación Individual a) escenario b) evaluador</p> <p>B. Responsividad 1. Cualquier interacción a) niños b) adultos 2. Responde al contacto 3. Responde al elogio 4. Responde a la invitación a) niños b) adultos</p> <p>C. Aproximación espontánea 1. Inicia interacción social a) niños b) adultos 2. Expresa necesidades 3. Invita otros a) niños b) adultos 4. Solicita aprobación</p> <p>D. Capacidad involucración 1. Utiliza adecuadamente tiempo a) salón b) patio 2. Utiliza adecuadamente materiales a) educativos b) juguetes 3. Observa actividades de otros a) niños b) adultos</p> <p>E. participación en actividades grupales 1. Juego a) sin perturbar b) comparte c) desempeño del rol 2. Salón de clase a) sin perturbar b) comparte c) espera d) realiza actividades correspondientes 3. Comedor a) sin perturbar b) utensilios c) come con propiedad</p>	<p>b) vaca c) gato d) pájaro e) pez 3. Elementos naturaleza a) árbol b) flor c) sol d) parto e) cielo 4. Partes casa a) recamara b) baño c) comedor d) cocina e) jardín (patio) 5. Muebles a) silla b) mesa c) cama d) estufa e) lavabo</p> <p>F. Identificación de elementos, clase, función útil, localización. 1. Clase a) animales b) juguetes c) alimentos d) muebles 2. Partes cuerpo función p/q sirven a) oídos b) pies c) boca d) ojos e) manos 3. Objetos útiles a) cuchara b) cama c) lápiz d) escoba e) tijeras 4. Prendas localización a) guantes b) sombrero c) zapatos d) playera e) calzón 5. Espacios actividades a) duermes b) te bañas c) preparamos comida d) comes e) juegas</p> <p>G. Identificación de acciones y estados de ánimo 1. Acciones a) durmiendo b) comiendo c) jugando d) pintando e) bañándose 2. Estados de ánimo a) contento b) enojado c) triste</p>
--	--	---

<p>Área de comunicación: sub área verbal-vocal</p>	
<p>A. Evocación de objetos, láminas e historia</p> <p>1. Nombra objetos</p> <p>a) cuchara, coche, parta de dientes</p> <p>b) lápiz, peine, plato, globo</p> <p>c) jabón, pelota, muñeca, cepillo de dientes, vaso</p> <p>2. Nombra láminas</p> <p>a) perro, manzana, silla</p> <p>b) pelota, pez, cama, huevo</p> <p>c) avión, tren, cuchara, vaso, mesa</p> <p>3. Relata historia</p> <p>a) nombre niños</p> <p>b) sábado</p> <p>c) qué vieron cine</p> <p>d) lo que comieron</p> <p>4. Responde preguntas historia</p> <p>a) Jorge y Paty</p> <p>b) sábado</p> <p>c) caricaturas</p> <p>d) palomitas (Jorge acompaño a Paty a su casa).</p> <p>B. Uso de estructura gramaticales</p> <p>1. Pronombres personales</p> <p>a) Yo</p> <p>b) Tú (usted)</p> <p>c) Nosotros (usted y yo)</p> <p>2. Pronombres posesivos</p> <p>a) Mío</p> <p>b) Mías</p> <p>c) Tuyo (suyos)</p> <p>d) Tuya (suya)</p> <p>3. Pronombres demostrativos</p> <p>a) Esta, esa o aquella</p> <p>b) Estos, esos o aquellos</p> <p>C. Conversación</p> <p>1. Responde a preguntas relacionadas con la situación presente</p> <p>a) Relación directa</p> <p>b) Frases</p> <p>c) Oraciones</p> <p>2. Responde a preguntas relacionadas con situaciones pasadas</p> <p>a) Relación directa</p> <p>b) Frases</p> <p>c) Oraciones</p>	<p>Información complementaria</p> <p>I. Espontaneidad</p> <p>II. Funcionalización de estructuras gramaticales</p> <p>III. Volumen</p> <p>IV. Velocidad</p> <p>V. Conjugación</p> <p>VI. Concordancia</p> <p>Guía de observación</p> <p>-Ecolalia</p> <p>-Falta de veracidad</p> <p>- Verbalizaciones repetitivas.</p>

(Macotela & Romay, 1992 p.164, 165, 170, 171, 172, 173, 174, 175).

Cabe señalar que solamente se toman en cuenta las categorías que se relacionan con el desarrollo de habilidades sociales asertivas de acuerdo a lo planteado por en varios autores.