



Las habilidades sociales en los jóvenes con discapacidad intelectual cursantes y egresados de escuelas especiales del norte del Departamento de Punilla

**Tesis presentada para cumplir con los requisitos finales
para la obtención del doctorado en Psicología**

Autor: Guillermo Marcos Gutiérrez
Director: Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio
Mayo 2017

Abstract

Desde la sanción de la Ley de Educación Nacional N° 26.206, en el año 2006, que institucionaliza la modalidad de Educación Especial y, a partir de los programas de inclusión educativa implementados en los últimos años, la educación especial brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas que no pueden ser abordadas por la educación común. Tal como señala la ley, las escuelas deben implementar estrategias pedagógicas para adecuar la currícula durante el trayecto escolar y, de esta manera, brindar herramientas que posibiliten la inclusión socio-laboral de los egresados.

Dado que la discapacidad no está determinada solamente por el estado de salud de la persona, sino por la interacción social de ese estado con el entorno, se hace necesario conocer el grado de desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes y egresados de las escuelas especiales. En este sentido, una conducta no asertiva condena a una persona con discapacidad a permanecer asistida en lugar de integrada, dependiendo siempre de otros para una mejor interacción social.

Este trabajo indaga sobre los aspectos deficitarios de las habilidades sociales en los jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada, desde un enfoque inclusivo, ya que las preguntas de las escalas utilizadas para medir fueron hechas directamente a estudiantes y egresados de dos escuelas especiales del Departamento de Punilla, en la provincia de Córdoba. La investigación se llevó a cabo bajo un método cuantitativo y descriptivo, no experimental.

Los principales resultados obtenidos identificaron la importancia del ámbito escolar y familiar como determinantes en la adquisición o no de las habilidades sociales por parte de los jóvenes con discapacidad intelectual.

Palabras clave: *Discapacidad intelectual, habilidades sociales, educación especial, modelo social-ecológico de la discapacidad, sistema familiar.*

Dedicatoria

Agradezco a la vida la posibilidad de haber realizado la presente carrera del Doctorado en Psicología, dedico muy especialmente esta tesis doctoral a mis amados hijos Juan Marcos, Josefina y la que está próxima a venir Francisca.

Gracias Julieta por tú apoyo, confianza y acompañamiento Incondicional. Gracias Totales amor!

A mis padres Alfredo y Vicky por darme la vida, enseñándome que con esfuerzo y convicción las cosas llegan.

A mi maestro y director Marcelo Rodríguez Ceberio gracias por tú gran inteligencia y buen humor, confianza en mí, generosidad y ejemplo a seguir.

Gracias especiales a Lic. María Eva Mendieta que por tú orden y paciente confianza en mí, esta tesis salió la luz más tempranamente.

Muchas gracias a la Lic. Sandra Viamonte por tu colaboración y aguante, también a la Lic. Sol Obregón Cano y Psicopedagoga Silvina López Amaya por ayudarme en el trabajo de campo tanto en la localidad de Cosquín como de Capilla del monte.

A mis suegros queridos Alicia y Pepé por brindarme hospedaje, comida y afecto, en la calidez de su hogar durante el cursado del doctorado.

A mis compañeros del Doctorado Uflo cohorte 2013, gracias por vuestra enorme generosidad y amor manifestado en infinitas acciones.

Al Dr. Kertez Roberto gracias por ser ejemplo y al Dr. Edgardo Etchezahar por su vocación docente y compromiso con los estudiantes.

A mis hermanas Laura y Julia incondicionales, gracias.

A mi abuelo Mauricio Kuselman y mi amigo Marcos Menna, ambos desde el cielo comparten este logro conmigo.

Al Dr. Ezequiel Ghercovici, gracias por tú amistad, valores y ejemplo académico.

Al arquitecto Agustín Giménez, a la Lic. Isabel Sendón, Lic. Débora Umansky, Prof. Silvia Calandria, Magister Florencia Muras, Dr. José Pincha Granel, Lic. Griselda Ojeda, a todos los estudiantes y profesores de la Escuela Especial Juan Manuel Fernández de Capilla del Monte y Escuela Especial Reyes Contreras de Cosquín.

Índice

Introducción	8
Capítulo 1: Avaluos Teóricos	16
1.1. Pensamiento Sistémico.....	16
Características Generales de los sistemas:	21
Tipos de Sistemas:	21
1.2. Cognitivismo	23
1.2.1. Esquemas.....	25
1.2.2. Creencias.	25
1.2.3. Pensamientos automáticos.	27
1.2.4. Las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva.	27
1.2.5. El Cognitivismo en otros campos.	28
1.3. Neurociencias	29
Capítulo 2: Habilidades Sociales	32
2.1. Tipos de habilidades sociales	33
2.2. Componentes de las habilidades sociales.....	34
2.2.1. Componentes conductuales.	38
2.2.2. Componentes cognitivos.....	42
2.2.3. Componentes fisiológicos.....	45
2.2.4. Componentes situacionales o ambientales.....	46
2.3. Déficit en habilidades sociales	47
2.4. Entrenamiento de las habilidades sociales	48
2.5. Técnicas de evaluación de las habilidades sociales	59
2.5.1. Inventario de evaluaciones de habilidades sociales.	60
2.6. Habilidades sociales y discapacidad intelectual	62

Capítulo 3: Discapacidad Intelectual	66
3.1. Modelo teórico del concepto de discapacidad intelectual	70
3.2. Neurociencias y discapacidad intelectual.....	73
3.2.1. Etiología de la discapacidad intelectual.....	74
3.2.2. Las neuronas en el síndrome de Down.....	82
3.2.3. Interacciones Sociales y Neurociencias.....	86
3.3. Déficit y Discapacidad	90
3.4. Inteligencia y discapacidad intelectual.....	91
3.4.1. La Teoría de las inteligencias múltiples	94
3.4.2 El discurso de la inteligencia.	100
3.5. Modelos de la Discapacidad.....	105
3.5.1. Modelo de prescindencia	105
3.5.2. Modelo médico.	106
3.5.3. Modelo biopsicosocial.....	107
3.5.4. Modelo de rehabilitación basado en la comunidad.	107
3.5.5. Modelo social-ecológico.....	109
3.6. Barreras en la discapacidad	111
3.6.1. Barreras de actitud.....	111
3.6.2. Barreras de comunicación.....	113
3.6.3 Barreras físicas.....	114
3.6.4. Barreras políticas.....	114
3.6.6. Barreras sociales.	115
3.7. Análisis funcional de la conducta	116
Capítulo 4: La educación especial en la Argentina.....	119
4.1. Evolución histórica de la educación especial	121
4.2. De la deficiencia a la necesidad educativa especial.....	125

4.3. Situación actual de la educación especial en la Argentina	128
4.4. Integración e inclusión	132
4.4.1 Titulación de estudiantes con discapacidad	133
4.5 La producción de información desde la modalidad	136
4.5.1. Prevalencia de la discapacidad intelectual	137
4.6. Educación sexual y discapacidad.....	138
6.6.1. Mitos y tabúes sobre las personas con discapacidad.	142
4.6.2. Abuso sexual en la discapacidad intelectual	144
4.7. Investigación inclusiva.....	146
Capítulo 5: Discapacidad intelectual y familia.....	149
Características Generales de los sistemas:	151
Tipos de Sistemas:	151
5.1.1 Contexto familiar y homeostasis	152
5.2. Impacto del diagnóstico de discapacidad	157
5.3. Intervención sistémica en familias con integrantes con TDI.....	158
5.4. Marco legal.....	163
5.4.1 Ley nacional 29401.	166
5.5. Consideraciones finales.....	174
Capítulo 6: Contexto.....	177
6.2. Capilla del Monte	178
6.2. Cosquín	180
6.3 Discapacidad y educación	181
6.3.1 Escuela Especial Juan Manuel Fernández.	182
6.3.2. Escuela Especial Reyes Contreras.....	184
Capítulo 7: Estado actual de conocimiento sobre el tema.....	186
7.1. Estudios sobre habilidades sociales	186

7.2. Estudios sobre discapacidad	194
7.3. Conducta asertiva - Competencia social.....	200
Capítulo 8: Metodología	205
8.1. Método	205
8.1.1. Diseño.	205
8.1.2. Participantes.....	206
8.1.3. Técnicas de recolección de datos.	207
8.1.4. Procedimiento.	211
8.2. Objetivos	211
8.3. Hipótesis.....	212
8.4. Variables	212
CAPITULO 9: Resultados	213
9.1. Jueces Expertos.....	213
9.2. Análisis descriptivo de los ítems	214
9.2.1. Análisis de las diferencias en los ítems entre los cursantes y los egresados.....	222
Capítulo 10: Discusión y Conclusión.....	235
Conclusiones	240
ANEXO	244
Apéndice.....	252
Referencias.....	253

Introducción

Hasta no hace mucho tiempo, las personas con discapacidad intelectual eran consideradas como no educables. Los avances en las concepciones y conocimientos científicos, como los cambios acaecidos en el campo socioeducativo, permitieron desarrollar nuevas expectativas y propuestas para la integración de este grupo poblacional.

Las Habilidades Sociales tienen un papel fundamental en el funcionamiento presente y en el desarrollo futuro del joven con discapacidad intelectual. Las mismas evitan la ansiedad en situaciones sociales difíciles o novedosas, facilita la comunicación emocional, la resolución de problemas y la relación con los demás.

El ámbito escolar, junto al familiar, se constituye en escenario propicio para el conocimiento, la adquisición y la implementación de las habilidades sociales. Sin embargo, las personas con discapacidad intelectual no las adquieren fácilmente. Esta población necesita un apoyo especial, con docentes capacitados y currículas especializadas, que permitan abordar y desarrollar la temática, integrando al sistema familiar en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La discapacidad no está dada sólo por el estado de salud de la persona, sino por la interacción social de ese estado con el entorno. El peso de la discapacidad está repartido entre la deficiencia que lo origina, los obstáculos que ofrece el medio y los apoyos y facilitadores que operan para deconstruir la discapacidad (Pantano, 2013).

La Escuela puede ser entendida como un campo de múltiples interrelaciones, negociaciones, mediaciones y relaciones de poder que se interconectan con la sociedad global de la que forman parte. Aparte de enseñar contenidos, la escuela se constituye como escenario y actor social, allí el niño y el joven comienzan a independizarse de la relación con sus padres, incorporando valores y

pautas en relación con los adquiridos en la familia, conoce personas y costumbres diversas, lo que complejiza y enriquece sus relaciones sociales (Sinisi, 1999).

De acuerdo al informe realizado por la OEA- Agencia Interamericana para la Cooperación y el Desarrollo (AICD), en el año 2007, junto con el Ministerio de Educación, a partir de los resultados obtenidos en la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI), se evidenció que las personas con discapacidad sólo mental (74,6%) son los que más concurren a la modalidad de educación especial. A partir de los programas de inclusión educativa implementados en los últimos años, muchos niños y jóvenes con discapacidades motoras, visuales y auditivas, pero también con discapacidades intelectuales leves, fueron integrados a las escuelas comunes. Por lo tanto, actualmente, las escuelas especiales atienden a aquellos alumnos que presentan necesidades educativas especiales (NEE) que requieren adecuaciones curriculares altamente significativas. En este sentido, cabe destacarse que en Argentina la modalidad *Educación Especial* es institucionalizada en el año 2006, a partir de la sanción de la Ley Educación Nacional N°26.206.

En la actualidad nos encontramos con alumnos por egresar, o recientemente egresados, que no adquirieron habilidades sociales básicas. Esto representa una desventaja significativa para los requerimientos de una sociedad compleja y cambiante. Esta situación condena al joven con discapacidad intelectual a permanecer asistido en lugar de integrado, dependiendo siempre de otros - padres, profesionales de la salud, docentes y acompañantes - para un mejor desempeño social.

Precisamente, la ENDI, que tuvo como objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad en lo referente al desenvolvimiento de la vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, señaló que el 68,4% de las personas con discapacidad en edad económicamente activa

(PEEA) están incluidos en la categoría “persona inactiva”. Esta incluye a todos los individuos que no compiten en el mercado laboral ofreciendo su trabajo a cambio de un salario o remuneración. La mencionada encuesta indicó que entre las discapacidades más frecuentes, el 15,1% son mentales, de las cuales el 63,2% retrasos mentales. Se entiende por retraso mental el tener algún retardo o retraso mental que dificulte aprender, trabajar y/o relacionarse.

Desde el año 2010, el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) implementó el Registro Nacional de Personas con Discapacidad, basado en el Certificado de Discapacidad, se convirtió en una herramienta para obtener datos actualizados de esta población. Este certificado utiliza el marco conceptual recomendado por organismos internacionales para medir y caracterizar la discapacidad de una persona, la cual es evaluada por una junta interdisciplinaria de profesionales.

Si bien se ha avanzado en la incorporación de fuentes estadísticas, sigue siendo limitado el acceso a información que profundice las dificultades que atraviesa esta población en distintos aspectos de su vida, entre ellos: el paso por la escuela.

Aunque existen investigaciones nacionales e internacionales sobre habilidades sociales y su enseñanza en la educación formal, son escasos los estudios que vinculan las habilidades sociales con las personas con discapacidad intelectual, siendo una práctica habitual utilizar los mismos instrumentos que para personas sin tal discapacidad. Autores como Bramlett, Smith y Edmonds,(1994); Greenspan y Granfield, (1992; Gresham y Reschly) señalan que, aunque esté bien establecido que los individuos con discapacidad intelectual tienen problemas en habilidades sociales, es necesaria más información estadística de los problemas en las interacciones sociales de las distintas edades, niveles y categorías de estudiantes con discapacidad intelectual.

La presente investigación permitirá ofrecer un diagnóstico situado de los principales déficits en las habilidades sociales de los jóvenes con discapacidad intelectual, sus posibles causas y cómo esto condiciona sus posibilidades de inserción socio-laboral una vez egresados de las escuelas especiales. Creemos que esta tesis puede ser un insumo valioso para el desarrollo de proyectos que mejoren la conducta adaptativa y la interacción social de los estudiantes, no sólo dentro del ámbito escolar, sino con todo el contexto social.

Consideramos necesario que los estudios incluyan la voz de los jóvenes con discapacidad como punto de partida de una investigación que comience a ser cada vez más inclusiva. Los discursos, además de ser una modalidad enunciativa, definen valorizaciones sobre el enunciante, el lugar institucional y la posición que ocupa el sujeto, sostenía Foucault. Y desde allí, nos preguntamos quién escucha y qué valor se le da al discurso de la persona con discapacidad intelectual.

El propósito del presente estudio es profundizar el diagnóstico sobre el grado de desarrollo de las habilidades sociales que presentan los jóvenes con discapacidad intelectual, aportar nuevas miradas sobre la inclusión de las habilidades sociales en las estrategias pedagógicas de la modalidad de educación especial, dar un marco de referencia para revisar las prácticas educativas y lograr que la escuela mejore sustancialmente las posibilidades de inclusión socio-laboral de sus estudiantes y egresados.

La pregunta que orienta este trabajo de investigación es: ¿Cuál es el grado adquirido de habilidades sociales en los jóvenes con discapacidad intelectual?

Se establecieron una serie de otras preguntas que marcan los pasos necesarios para llegar a responder la pregunta central de investigación, a saber:

¿Qué habilidades sociales muestran los jóvenes con discapacidad intelectual en la iniciación de interacciones?

¿Qué habilidades sociales presentan los jóvenes con discapacidad intelectual para la expresión de sentimientos negativos y positivos?

¿Qué habilidades sociales presentan los jóvenes con discapacidad intelectual para hablar en público y enfrentarse con sus superiores?

¿Qué habilidades sociales poseen los jóvenes con DI para defender sus derechos?

¿Qué habilidades sociales poseen los jóvenes con DI para la expresión de cariño a sus padres?

¿Qué Habilidades Sociales han adquirido los jóvenes con Discapacidad Intelectual al egresar de escuelas especiales?

La hipótesis de la investigación es que los jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada presentan déficit en sus habilidades sociales. Esta probabilidad significaría un primer obstáculo en cualquier intento de inserción socio-laboral de la mencionada población.

El presente trabajo se llevó a cabo bajo un método cuantitativo y descriptivo, tratándose de una investigación no experimental. El trabajo se realizó en el Departamento de Punilla, provincia de Córdoba, República Argentina, delimitándose a escuelas de modalidad especial públicas. Los participantes fueron jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada, entre 16 y 39 años, alumnos de los dos últimos años de escolaridad secundaria y ex alumnos recientemente egresados. No se incluyó dentro de la población de estudio a los estudiantes con discapacidad intelectual grave y profunda. Esta decisión se debe a que, por un lado, los instrumentos de evaluación participativa utilizados presentarían una dificultad en la implementación con este grupo y, por otra parte, el grado de habilidades sociales que esta población puede adquirir y desarrollar es limitado.

Como técnica de recolección de datos se utilizó la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M). Las mismas fueron recortadas y adaptadas según el criterio de los jueces expertos, de acuerdo a los objetivos perseguidos y a las características de nuestra población. Esto permitió la evaluación de las diferentes dimensiones de las habilidades sociales, utilizando una menor cantidad de ítems de ambas escalas, favoreciendo de esta manera su implementación y desarrollo del trabajo de campo. Cabe señalar la consideración de los jueces expertos como una investigación novedosa, destacando el hecho de que los instrumentos fuesen aplicados directamente sobre nuestra población objeto de estudio (jóvenes con discapacidad intelectual), sin intermediación alguna. Como se señaló anteriormente, consideramos que este aspecto es un punto de partida para futuras investigaciones inclusivas, en las cuales predomine la participación activa de los jóvenes con discapacidad intelectual.

El primer capítulo de la investigación define los avales teóricos en los cuales se sustenta esta tesis. Uno de ellos es el pensamiento sistémico, ya que se encuadra el objeto de estudio dentro de un contexto, percibiendo la realidad como una red de relaciones, interconectando conceptos y modelos para la construcción del conocimiento, el cual se asume como aproximado y no como definitivo. El segundo aval teórico es el cognitivism, enfoque esencial para abordar las limitaciones de las personas con discapacidad intelectual. La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales. La ciencia aportó el concepto de esquemas cognitivos, los cuales permiten comprender la realidad de las personas con el medio. Los esquemas permiten a las personas seleccionar, organizar y categorizar los estímulos externos; darles sentido y afrontarlos a partir de creencias internalizadas. También forma parte del marco de referencia de esta investigación la

neurociencia, ya que su objeto de estudio son las acciones cognitivas complejas como el pensamiento y el lenguaje, aspectos relevados en el presente estudio.

El segundo capítulo corresponde a las habilidades sociales, una de las variables de la investigación. Las habilidades sociales son relevantes en la adaptación social del sujeto a su ambiente, también inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación de comportamiento y en el rendimiento académico. Las personas socialmente habilidosas se diferencian de las no habilidosas en dimensiones tanto conductuales como cognitivas y fisiológicas. Este capítulo aborda la tipología y los componentes; la identificación de déficit, los distintos tipos de entrenamiento y técnicas de evaluación de las habilidades sociales.

El tercer capítulo responde a la segunda variable de investigación: la discapacidad intelectual. En esta sección se presenta un desarrollo histórico del concepto discapacidad, siendo en sus inicios asociado a un estado permanente incurable, mientras que en la actualidad se señala las limitaciones de las personas con discapacidad como un producto de un estado o condición de salud en interacción con el contexto, indagando cuáles son las principales barreras en la discapacidad intelectual. Se identifican también los distintos modelos que abordan la discapacidad.

El capítulo 4 se constituye como una sinopsis del desarrollo de la educación especial en la Argentina y las influencias foráneas en la definición de una escuela que atendiera las necesidades educativas especiales de niños, niñas y jóvenes con discapacidad que no son integrados en las escuelas comunes. En este capítulo hay un apartado sobre la educación sexual en la discapacidad.

El quinto capítulo relaciona la discapacidad intelectual con la familia. El proceso de aceptación del hecho de tener un hijo con discapacidad se enmarca en lo que se denomina respuesta a la crisis, el cual es similar a las etapas de elaboración de un duelo. El terapeuta debe

trabajar con los miembros de la familia en interacción con el colegio, los profesionales de la salud y los organismos de asistencia social para mejorar la interacción de la persona con discapacidad intelectual. Algunas veces, las familias funcionan como un verdadero punto de apoyo para el desarrollo de las habilidades sociales y, en otras ocasiones, pueden adoptar una actitud sobreprotectora que termina reforzando la baja autoestima y autodeterminación del sujeto.

En el capítulo sexto nos pareció importante describir el contexto en el cual se enmarca la investigación, que permita hacer un recorte de la realidad, conocer las características propias del territorio en el cual los jóvenes con discapacidad intelectual deben integrarse. Esta sección también incluye datos estadísticos de la población objeto de estudio y una reseña de las escuelas especiales de las cuales egresaron o están cursando.

Los resultados de la investigación presentan un análisis descriptivo de los ítems de ambas escalas empleadas, identificándose también las diferencias estadísticamente significativas tanto del grupo 1: cursantes, como del grupo 2: egresados.

Las discusiones sobre los resultados son presentadas a partir de las preguntas que orientaron la investigación y por factor o dimensión de las escalas utilizadas para la recolección de datos.

Capítulo 1: Aavales Teóricos

1.1. Pensamiento Sistémico

La tensión básica se da entre las partes y el todo. El énfasis sobre las partes se ha denominado mecanicista, reduccionista o atomista, mientras que el énfasis sobre el todo recibe los nombres de holístico, organicista o ecológico. En la ciencia del siglo XX, la perspectiva holística ha sido conocida como sistémica y el modo de pensar que comporta como pensamiento sistémico, según Capra (1996).

En el planteamiento sistémico las propiedades de las partes sólo se pueden comprender desde la organización del conjunto, por lo tanto, el pensamiento sistémico no se concentra en los componentes básicos, sino en los principios esenciales de organización. El pensamiento sistémico es contextual, en contrapartida al analítico. Análisis significa aislar algo para estudiarlo comprenderlo, mientras que el pensamiento sistémico encuadra este algo dentro del contexto de un todo superior.

La ciencia sistémica demuestra que los sistemas vivos no pueden ser comprendidos desde el análisis. Las propiedades de las partes no son propiedades intrínsecas y sólo pueden entenderse desde el contexto del todo mayor. En el pensamiento sistémico, la metáfora del conocimiento como construcción queda reemplazada por la de la red.

Al percibir la realidad como una red de relaciones, nuestras descripciones forman también una red interconectada de conceptos y modelos en la que no existen cimientos. Para muchos científicos, esta visión del conocimiento como red sin cimientos firmes resulta inquietante, afirma Capra (1996)

Lo que convierte el planteamiento sistémico en una ciencia es el descubrimiento de que existe el conocimiento aproximado. Esta percepción resulta crucial para la totalidad de la ciencia moderna. El viejo paradigma se basa en la creencia cartesiana de la certitud del conocimiento científico. En el nuevo paradigma se admite que todos los conceptos y teorías científicas son limitados y aproximados; la ciencia nunca puede facilitar una comprensión completa y definitiva.

Históricamente la terapia sistémica ha sido hermanada con la terapia de familia. La razón se encuentra en las primeras investigaciones con familias con un miembro esquizofrénico, que llevó a cabo el grupo pionero de G. Bateson, W. Fry, J. Haley y J. Weakland con la colaboración de D. Jackson, de cuya unión resultó la Teoría del doble vínculo (1962). Refiere Rodriguez Ceberio(1998) que hacia fines de los ´50, principios de los ´60, nace como consecuencia de la interacción de dos grupos liderados por figuras de la talla de Gregory Bateson y Donald D. Jackson que, impregnados por las ideas de nuevas teorías de información y comunicación, conformaron un modelo de estudio en las relaciones humanas. Los avales teóricos en donde se apoyaron para desarrollar lo que a posteriori se llamó la pragmática de la comunicación, fueron la Cibernética de la mano de Norman Wiener (1954) y la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy (1968), teorías que tomaron propulsión en esa época. Siendo los conceptos dependientes de estos modelos de pensamiento, los que son trasladados al plano de los vínculos humanos, generaron una nueva vertiente epistemológica. . Diferentes tipos de conflictos personales, familiares, sociales, patologías y diversas clases de problemas, fueron heredados del caos que había implicado la 2da. guerra mundial. Estas secuelas, llevaron a que se conformaran trabajos terapéuticos de acción rápida y eficaz.

En los años 40 se realizan conferencias científicas auspiciadas por las tiendas Macys en Estados Unidos, asistiendo a las mismas referentes de diversas disciplinas con los aportes de

diferentes tipos de profesionales como ingenieros, físicos, matemáticos, fisiólogos, psicólogos, neurólogos, psiquiatras, antropólogos y sociólogos; y todos ellos convenían en que debían intentar un lenguaje común a pesar de las diferencias que imponía cada disciplina.

Wiener muestra en una de estas conferencias es el mecanismo básico del feed-back, es decir, el error de tiro hacia un avión blanco genera un desvío (error) y produce un ángulo entre la dirección esperable y la dirección errada que toma el proyectil. El ingeniero muestra cómo ingresa información nueva en el circuito (la cantidad de grados necesarios para rectificar el error), que de ser correcta retroalimentará el circuito puesto que se produce una comunicación de retorno reduciendo el ángulo hasta ajustar la dirección hacia el objetivo. Esta comunicación de retorno no es más ni menos que el feed-back. Ante lo cual se produjeron asociaciones de este mecanismo en Medicina, en las ciencias sociales como la Antropología, Sociología, Psicología, etc. Por ejemplo, la experiencia humana, como proceso de aprendizaje, utiliza el mismo mecanismo. Cuando una acción para obtener un objetivo es equivocada (genera un ángulo de desvío) ingresamos información nueva, ya sea porque apelamos a nuestros propios recursos, ya sea porque hemos pedido ayuda y nos han proporcionado los datos que rectificarán el error.

En esta misma línea, el método de ensayo y error, desarrollado por Piaget (1936) es un circuito cibernético, los problemas humanos también constituyen circuitos cibernéticos. Desde el principio de la cibernética, Norbert Wiener se dio cuenta de la importancia del principio de retroalimentación como modelo no sólo de organismos vivos, sino también de sistemas sociales. Así, escribió en Cibernética:

Es sin duda cierto que el sistema social es una organización como el individual, unida por un sistema de comunicación e imbuida de una dinámica, en la que los procesos circulares de naturaleza retroalimentadora tienen un papel principal (Wiener, 1948, p. 24).

Fue este descubrimiento de la retroalimentación como patrón general de vida, aplicable a organismos y a sistemas sociales, lo que provocó el interés por la cibernética de Gregory Bateson y Margaret Mead. Como científicos sociales, habían observado múltiples ejemplos de causalidad circular implícita en fenómenos sociales y, durante los encuentros de Macy, pudieron ver la dinámica de dichos fenómenos explicitada dentro de un patrón unificador coherente (Capra,1996, p.80).

A través de la historia de las ciencias sociales se han usado numerosas metáforas para describir procesos autorreguladores en la vida social. Los más conocidos a modo de ejemplo *mano invisible* reguladora del mercado de la teoría económica de Adam Smith, y la interacción entre *tesis* y *antítesis* de la dialéctica de Hegel y Marx.

La Teoría Cibernética como la Teoría General de Sistemas son ciencias hermanas, siendo que poseen las mismas bases epistemológicas circulares y se complementan en sus conceptualizaciones. En las investigaciones y desarrollos terapéuticos, la Cibernética pasa por dos momentos que fueron llamados Cibernética de 1º y 2º orden, demarcando dos niveles de recursividad. La primera se refiere a los sistemas observados, donde encuentra un observador no involucrado en el campo de lo observado. O sea, se aplica una epistemología cibernética a la observación de un sistema, pero el observador no la aplica a sí misma. Mientras que en la segunda, se pasa de los sistemas observados a los sistemas observantes (2º nivel de recursividad) y se completa y complejiza la hipótesis. Desde una óptica sistémica, sostiene Rodríguez Ceberio(1998, en Kerman, 1998), las descripciones que realiza un terapeuta acerca de la familia siempre deben incluirlo. En este sentido, la Cibernética de 2º orden resulta un elogio a la subjetividad, puesto que la hipótesis que elabora el profesional, siempre pasará por el tamiz no

solo de su modelo terapéutico, sino de su sistema de creencia y escala de valores, esquemas, reglas, de su estructura cognitiva.

Según Bertalanffy (1968) es posible entender una filosofía de sistemas, puesto que teoría no debe entenderse en su sentido matemático, por lo tanto limitado, sino que la palabra teoría está más cercana en su definición a la idea de paradigma de Kuhn. El distingue en la filosofía de sistemas una ontología de sistemas, una epistemología de sistemas y una filosofía de valores de sistemas. Estas son algunas de las razones por las que la Teoría General de los Sistemas es una epistemología de epistemologías o paradigma de paradigmas, es decir, se encuentra a un nivel meta. La Teoría General de los Sistemas tiene una matriz de tipo biológico. Von Bertalanffy define un sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí con sus propiedades y atributos. Todo sistema es un conjunto de objetos y relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos forman parte del sistema, pero los atributos son las propiedades de los objetos, y las relaciones mantienen unido al sistema. Cada integrante de un sistema es portavoz por oposición franca o tácita de su sistema de origen: su familia será esa matriz que le ha producido esas propiedades personales. A partir de tales propiedades, el sistema al que se ingresa atribuirá determinadas funciones. Por lo tanto, las propiedades de cada uno de sus miembros se traducen en atributos para el nuevo sistema. También se habla de sistemas abiertos y cerrados, depende del grado de intercambio que los sistemas desenvuelven con otros sistemas y con su suprasistema o al contexto o ambiente al que pertenece. Siendo que en los sistemas humanos, son más o menos abiertos, no existen sistemas cerrados puesto que un sistema humano que no intercambia con otros sistemas no puede sobrevivir.

Características Generales de los sistemas:

- Totalidad: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros.
- Entropía: Los sistemas tienden a conservar su identidad.
- Sinergia: Todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema.
- Finalidad: los sistemas comparten metas comunes.
- Equifinalidad: Las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales.
- Equipotencialidad: Permite a las partes restantes asumir las funciones de las partes extinguidas.
- Retroalimentación: Los sistemas mantienen un constante intercambio de información.
- Homeostasis: Todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable.
- Morfogénesis: Todo sistema también se define por su tendencia al cambio.

Tipos de Sistemas:

- Sistemas abiertos: Mantienen unas fronteras abiertas con el mundo (el resto de sistemas) con los que comparten intercambios de energía e información.
- Sistemas cerrados: Hay muy poco intercambio de energía e información con el medio más amplio en que viven.

Desde un punto de vista sistémico-cibernético, afirma Rodríguez Ceberio (1998, en Kerman, 1998), la crisis es el punto de mayor convergencia de ambas teorías. La crisis es un estado de máxima tensión en un sistema, un desajuste crítico que altera su estabilidad. Resultando en

términos cibernéticos un arco o secuencia parcial de entropía (retroalimentación positiva). Es un ángulo de desvío del curso correcto de las interacciones de un sistema.

Existen crisis esperadas y crisis inesperadas. Las crisis esperadas son, de acuerdo al contexto, las crisis que forman parte de la evolución de los sistemas. Por ejemplo, nacimientos, casamientos, viajes, despidos laborales, muertes, entre otras. En cambio las inesperadas son producto de eventualidades que escapan fueran del libreto de la normalidad evolutiva, por ejemplo, dar a luz un hijo con discapacidad, accidentes graves, accidente grave de un hijos, muerte de un hijo, enfermedades incurables o terminales en gente joven, etc.

Las crisis, para el mundo sistémico, constituyen una oportunidad. Ese estado de tensión es el preludio para un cambio. Puesto que cada vez que se halla un desvío en el normal trayecto de la recurrencia de un sistema –una crisis- el sistema deberá ingresar la información nueva necesaria para reducir ese ángulo de desvío. Solucionando el problema que implica la crisis, el sistema aprende, por lo tanto cuando retoma su estatus, no será sus estatus inicial, será una nueva estabilidad.

Otros investigadores trabajaron en el campo de la psicoterapia, desarrollando las bases de la terapia familiar, como Whitaker en Atlanta, Minuchin y E. H. Awerswald en Nueva York, Bowen en Topeka y Ackerman en Nueva York, T. Lidz y S. Fleck en Yale, G. Bateson, D. Jackson, J. Haley, P. Watzlawick, J. Weakland y Virginia Satir en Palo Alto, la gesta de la teoría del apego de J. Bowlby, entre otros. Todos estos profesionales que trabajaban con familias, tomaron a los grupos familiares no como una suma de componentes individuales (método sumativo, analítico y lineal), sino como un sistema (holístico y ecológico) con sus propiedades y atributos.

1.2. Cognitivismo

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por estas en un sentido amplio a las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc. La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular. (Camacho, 2003).

Los desarrollos cognitivos se extendieron a muchos ámbitos que exceden la práctica de la psicoterapia, como por ejemplo la educación, la inteligencia artificial, las organizaciones, etc.

La Psicología Cognitiva estudia procesos básicos tales como la memoria, la concentración, la formación de conceptos, el procesamiento de la información, entre otros.

En cambio la Psicoterapia Cognitiva, diseñó métodos específicos (tratamientos) a partir de algunos desarrollos de la Psicología Cognitiva, que permiten ser aplicados a distintas personas con distintas problemáticas. De acuerdo con Camacho (2003) la Psicoterapia Cognitiva surgió a partir de dos fenómenos:

a- El Simposio de Hixson y el surgimiento de las Ciencias Cognitivas: en este famoso Simposio, celebrado en 1948, se sientan las bases de un nuevo paradigma que centra su atención en el procesamiento de la información.

b- Los escasos resultados terapéuticos que obtenían las psicoterapias hegemónicas, tanto el psicoanálisis como el conductismo, particularmente en los trastornos depresivos.

El Cognitivismo surgió fundamentalmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales, ya que para estos últimos la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, para la Cognitiva no sólo importará el estímulo, sino principalmente

la particular configuración que la persona haga de esos estímulos, lo que se dio en llamar el *paradigma del procesamiento de la información*.

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967); ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón, la psicoterapia cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica. Ellis desarrolló lo que se conoce como la *Terapia Racional Emotiva Conductual* o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo novedoso de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas. A su vez Beck comienza a desarrollar el tratamiento cognitivo para la depresión, obteniendo esperanzadores resultados, publicando su libro “*Terapia Cognitiva de la Depresión*”, en el año 1979, de aplicación, aún, en la actualidad.

La otra línea de desarrollos que conformó los orígenes de la Terapia Cognitiva corresponde a los autores que provenían del Conductismo, quienes al ver las limitaciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones. Entre ellos los más destacados fueron Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). Por este motivo se habla de la Terapia Cognitivo-conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir.

El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica.

Citaremos algunos de los conceptos fundamentales de la terapia cognitiva.

1.2.1. Esquemas.

Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias, a su vez, influyen en el mismo proceso. Según Beck (1979), los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. Siendo adaptativos, van tomando su forma mediante las relaciones que las personas van estableciendo con el medio, a partir de allí y de los determinantes genéticos se van constituyendo las pautas propias de los mismos.

Todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez también posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción.

1.2.2. Creencias.

Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir a las creencias como todo

aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de:

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos, dando el sentido de identidad y son idiosincrásicas.

- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. La duda y la incertidumbre respecto de alguna o varias creencias suele ser uno de los motivos por los cuales las personas comienzan terapia. Es común que las personas se angustien y estresen mucho cuando no saben cuáles son las reglas de juego o no sepan aspectos importantes de su vida o su self, cuanto más relevante y nuclear sea lo incierto más angustia generará.

La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la Terapia Cognitiva, por lo tanto el trabajo sobre las creencias es una labor central en este tipo de abordaje afirma Camacho (2003).

1.2.3. Pensamientos automáticos.

Se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Ya que en general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero sí lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos.

El esquema básico de la Terapia Cognitiva puede ser graficado como un triángulo en donde en cada vértice podemos ubicar a los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción.

La metáfora de los dos científicos es la mejor síntesis de lo que la terapia cognitiva ofrece, porque el tratamiento consiste básicamente en identificar las creencias disfuncionales del paciente, que tal como hacen dos investigadores se transforman en hipótesis a contrastar, todavía no se sabe de su certeza por eso se las someterá a contrastación para ver si dichas creencias son falsas o verdaderas.

1.2.4. Las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva.

- Técnicas de relajación
- Técnicas de respiración
- Asignación de tareas
- Técnicas de distracción
- Desensibilización sistemática

- Autoafirmaciones
- Auto-observación o monitoreo
- Role Playing
- Ensayos conductuales
- Ensayos cognitivos
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Técnicas de escalamiento
- Registro de pensamientos automáticos
- Identificación de distorsiones cognitivas
- Disputa racional
- Trabajo con el niño interior
- Búsqueda de soluciones alternativas
- Ventajas y desventajas
- Trabajo con imaginería
- Juegos

1.2.5. El Cognitismo en otros campos.

Los desarrollos y avances del Paradigma Cognitivo llegaron a campos tan diversos como la inteligencia artificial, la filosofía, la psicología, la neurología, la educación, el marketing, etc.

Entre los campos que mayores aportes hicieron en los últimos tiempos cabe destacar los desarrollos de las investigaciones básicas llevadas a cabo por neurólogos, psicólogos y filósofos

de la mente. También la educación fundamentó gran parte de sus desarrollos y tecnologías en los avances cognitivos, en particular con los aportes de las líneas constructivistas.

1.3. Neurociencias

Las neurociencias son un conjunto de disciplinas científicas que estudian la estructura, la función, el desarrollo de la bioquímica, la farmacología y la patología del sistema nervioso, así como de la interacción de sus diferentes elementos, dando lugar a las bases biológicas de la conducta.

El sistema nervioso central es único en la complejidad de funciones que realiza. Recibe cada minuto literalmente millones de bits de información desde los diferentes nervios periféricos y de los órganos sensoriales, las cuales integra para determinar una respuesta adecuada hacia el medio. Estas respuestas no se limitan solamente a una conducta motora simple, como caminar o comer, sino que incluyen todas las acciones cognitivas complejas consideradas esencialmente humanas, como el pensamiento, el lenguaje y el trabajo creativo del arte, que es en resumen la conducta humana, lo que constituye el objeto de estudio de las neurociencias.

El sistema nervioso es el sistema por excelencia dentro de nuestro organismo que tiene como función esencial recibir información, procesarla y emitirla. Mantenemos relación con el ambiente exterior percibiendo la vida que nos circunda; gracias a él recibimos constantes señales de nuestro propio mundo interno; y gracias a él respondemos a esas señales, las externas y las internas, para entrar en contacto con nuestro ambiente afirma Flórez (2014).

Es debido a nuestro peculiar sistema nervioso que somos capaces de manipular la información que recibimos, hacerla consciente, elaborarla y reelaborarla, codificarla, y crear pensamiento, adquirimos conciencia de nosotros mismos, dudamos o decidimos, podemos innovar, de seguir la corriente o de ir contra corriente, de cerrarnos o de abrirnos e interrelacionarnos con los otros.

De allí radica la vital importancia del sistema nervioso, y dentro de él el cerebro, como elemento esencial de nuestra naturaleza, por ello cuando el sistema se encuentra alterado impacta directamente deteriorando funciones que debe servir, como ocurre por ejemplo, en las personas que presentan discapacidad intelectual.

Desde hace décadas se sabe que los lazos sociales tienen substratos hormonales y fisiológicos. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que los niveles de serotonina (un neurotransmisor) y de oxitocina (una neurohormona) pueden mediar la dominancia social, la agresión, la afiliación, el cuidado materno y los lazos sociales (Heinrichs & Domes, 2008).

Investigaciones con escáneres cerebrales (Eisenberger, 2008) mostraron que personas que eran dejadas afuera de una actividad social tenían las mismas áreas del cerebro activadas que durante el dolor físico. El rechazo social duele de verdad, produce dolor físico.

Lieberman y Eisenberger, 2008 (citado en Bachrach, 2016) descubrieron que para las interacciones sociales utilizamos circuitos cerebrales similares a los de respuesta de supervivencia del tipo acercarse o evitarlo. Dicho hallazgo permite ver cómo nos sentimos amenazados por diferentes tipos de interacciones sociales.

Las amenazas inciden de manera directa en el desempeño cognitivo como el resolver problemas, tomar buenas decisiones, manejar el estrés, colaborar y sentirte motivado empeoran bajo amenaza.

Bachrach (2016) hace una distinción sobre los factores primarios que nos hacen sentir recompensados o amenazados. Refiere que los factores primarios clásicos que activan estas respuestas positivas de recompensa (el acercarse) son el dinero, el agua, el sexo, el refugio y las necesidades físicas para la supervivencia. Siendo que los factores sociales que también la activan son la felicidad, las caras atractivas, las recompensas en forma de estatus, certezas, autonomía, colaboración y justicia.

En la actualidad las Neurociencias han alcanzado un grado tal de desarrollo, que ha conducido a la aparición de nuevos conceptos y a un vocabulario, en el que el prefijo neuro añadido a campos comunes de estudio o de la práctica, como neurogenética, neuroinmunología, neuroimagenología, neuroepidemiología, neurointensivismo o la neurotecnología, implica una base en las ciencias neurales. Igualmente se han desarrollado otras ramas de alto impacto social como la neuroingeniería, neuroeconomía, el neuromarketing, y hasta la neuroética, lo cual de manera general refleja el desarrollo y perfeccionamiento de las neurociencias y su relación con el progreso social

Capítulo 2: Habilidades Sociales

En la sociedad occidental actual, el ritmo de vida es más rápido, más difícil y más complejo, y las reglas cambian según el sistema en el que estamos trabajando en cada momento. A menudo nos obligan a funcionar en dos o más sistemas sociales de forma simultánea, y esto requiere una considerable destreza social (Ovejero Bernal, 1998).

Las habilidades sociales son relevantes en la adaptación social del sujeto a su ambiente, pues el individuo desarrolla una interacción positiva con sus iguales y con las personas adultas. Las habilidades sociales inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995; Kennedy, 1992; Monjas Casares, 2002; Ovejero Bernal, 1998).

Las personas socialmente habilidosas se diferencian de las no habilidosas en dimensiones tanto conductuales como cognitivas y fisiológicas (Lang, 1968). Lo motor, lo fisiológico y lo cognitivo conforman un sistema de relaciones interdependientes (Evans, 1986) por lo que, en orden a determinar qué tipo de intervención habrá de ser la más adecuada, se plantea entonces la necesidad de identificar cuál de dichos componentes está más alterado.

Es el contexto en sus múltiples acepciones (las características maternas y paternas, la experiencia en la crianza, el acceso a mas media como televisión o internet, entre otros) donde se vincula de modo decisivo a cómo se aprenden y practican habilidades sociales salugénicas o disfuncionales.

La literatura enfatiza que los problemas de relaciones interpersonales se presentan principalmente en aquellos sujetos que se vinculan muy poco con sus pares. Estos se caracterizan

por una evitación del contacto social con otros sujetos (Monjas Casares, 2000) o bien por mantener relaciones con tintes de violencia (Cerezo, 1997).

Si las habilidades sociales han sido desarrolladas adecuadamente, las relaciones con los demás son reforzantes, por tanto, se asocia al éxito personal y social, adquiriendo un mayor conocimiento de sí mismo y de los demás (Vallés, 1996). Las habilidades sociales, según Caballo (2002), deben considerarse en un marco cultural determinado, y van a ser distintas según sea la edad, el sexo, la clase social, nivel educativo y contexto.

Para Trianes, Muñoz, y Jiménez (1997) las habilidades sociales, serían comportamientos o tipos de pensamiento que llevan a resolver una situación social de una manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en que está, de tal manera, que resultan comportamientos facilitadores para resolver conflictos.

2.1. Tipos de habilidades sociales

Existen dos tipos de habilidades sociales: unas básicas y otras complejas. Primero se aprenden las habilidades sociales básicas y después las habilidades complejas.

Habilidades básicas: nos permiten saber escuchar, hacer preguntas, iniciar y mantener una conversación, presentarse, despedirse, dar las gracias, hacer cumplidos, elogiar.

Habilidades complejas: Son conductas como saber disculparse, pedir ayuda, admitir la ignorancia, afrontar las críticas, convencer a otros, reclamar nuestros derechos. Saber relacionarnos y pedir las cosas de forma serena y respetuosa manejando adecuadamente las herramientas que se adquieren.

Para Monjas Casas (1993) es más competente socialmente, no quién posee mayor número de habilidades sociales aprendidas, sino quién es capaz de ponerlas en juego en cada situación determinada, al discriminar las señales del contexto.

2.2. Componentes de las habilidades sociales

Diversos autores han desarrollado trabajos sobre los componentes de las habilidades sociales, presentándose diversidad conceptual y terminológica.

Así, por ejemplo, Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer, desde la práctica clínica, como principales clases de respuesta o dimensiones de dichas habilidades, las siguientes: conductual y verbal, cognitiva, fisiológica y situacional. Posteriormente, algunos autores tipifican esos contenidos en función de las habilidades que son necesarias en las interacciones sociales (Kelly, 1987; Monjas, 1994; Vallés y Vallés, 1996).

A la hora de estudiar estos componentes se ha enfatizado la posibilidad de hacerlo desde dos niveles de análisis: el molar y el molecular (Caballo, 2002), aunque este análisis ha sido una fuente de discusión en cuanto a qué evaluar en cada caso.

El enfoque molar incluye tipos de habilidad general, por ejemplo: la defensa de los derechos. Se supone que cada una de esas habilidades generales depende del nivel y de una variedad de componentes moleculares de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de voz, o la postura. Este enfoque molar prefiere evaluaciones generales, subjetivas.

El enfoque molecular está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en componentes específicos, que pueden medirse de manera

objetiva (p. ej., número de sonrisas y número de segundos de contacto ocular). Pero la cuestión más importante es que el impacto social está determinado no por el número de sonrisas o los segundos de contacto ocular, sino por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción con las de la otra persona en la interacción. De ahí que el análisis molecular será esencial para la investigación.

En estas reflexiones sobre los niveles molar y molecular, casi siempre se tienen en cuenta los componentes conductuales de las habilidades sociales, que son observables. Este énfasis en la conducta observable es propio de la terapia de conducta y de la literatura sobre las habilidades sociales. Sin embargo, desde hace unos años se ha dado un progresivo auge a la consideración de la conducta encubierta, es decir, pensamientos, creencias, procesos cognitivos, etc., de los individuos (Kendall, 1983; Kendall y Hollon, 1981; Merluzzi, Glass y Genest, 1981).

A continuación, se describe los componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos de las habilidades sociales, con sus respectivos elementos. Esta clasificación puede ser observada en la

Tabla 1.

Tabla 1
Componentes de las habilidades sociales

Conductuales				Cognitivas	Fisiológica	
Componentes no verbales	Componentes paralingüísticos	Componentes verbales	Elementos ambientales	Percepciones sobre ambientes de comunicación	Variables cognitivas	Factores
mirada expresión facial sonrisa postura gestos movimientos de piernas y pies distancia / proximidad	latencia volumen timbre tono e inflexión fluidez / perturbaciones del habla claridad velocidad	elementos del habla expresiones asertivas conversaciones	variables: fisiológicas organizativas interpersonales conductuales	formalidad ambiente cálido ambiente privado familiaridad restricciones	competencias cognitivas estrategias de codificación y constructos personales expectativas valores subjetivos de los estímulos autorregulación	tasa cardíaca presión sanguínea flujo sanguíneo respuestas e electrodermales respuestas electromiográficas respiración

Fuente: Elaboración propia basada en Caballo (1997)

2.2.1. Componentes conductuales.

En un estudio realizado por Caballo (1987) se revisaron 90 trabajos (realizados entre 1970 y 1986) para analizar los diferentes componentes de las HH.SS. y sus frecuencias, y se obtuvieron los siguientes resultados en relación a los componentes conductuales observados:

- a) Componentes no verbales (mirada/contacto ocular: 78%, sonrisas: 37%, gestos: 34%).
- b) Componentes Paralingüísticos (volumen voz: 43%, tiempo de habla: 37%, duración de la respuesta: 31% y tono de voz: 20%).
- c) Componentes verbales (peticiones de nueva conducta: 36%, contenido de anuencia: 28%, contenido de alabanzas: 14%, preguntas: 13%).
- d) Componentes mixtos más generales (afecto: 20%, conducta positiva espontánea: 8%, escoger el momento apropiado: 6%).

Así este autor establece una clasificación que incluye no solamente la frecuencia de este componente (conductual), sino también la de algunos componentes cognitivos y fisiológicos empleados en los estudios que revisó.

En cuanto a la dimensión verbal, Lazarus (1973) consideró que los sujetos con habilidades sociales eran capaces de conversar en períodos de silencio de la interacción y eran más sensibles a la retroalimentación del otro. Según este autor entre los elementos de la dimensión verbal estarían:

- a) Capacidad de decir “no”. b) Capacidad de pedir favores y hacer peticiones. c) Capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos. d) Capacidad de defender derechos. e) Capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Posteriormente, la lista de estos elementos se ha completado dando cabida a los siguientes (Caballo, 1993):

a) Hacer cumplidos. b) Aceptar cumplidos. c) Hacer peticiones. d) Expresar amor, agrado y afecto. e) Iniciar y mantener conversaciones. f) Defender los propios derechos. g) Rechazar peticiones. h) Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo. i) Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado. j) Petición de cambios en la conducta del otro. k) Disculparse o admitir ignorancia. l) Afrontar las críticas.

Estas 12 dimensiones son las más básicas y a ellas se les debe añadir la habilidad de solicitar satisfactoriamente un trabajo y la habilidad de hablar en público (Caballo, 2002).

Cabe señalar que estas dimensiones se refieren únicamente a los contenidos verbales de la respuesta. Pero como es lógico, los componentes no verbales tienen tanta importancia como ellos ya que, además de ser relevantes en sí mismos, pueden matizar el contenido verbal de la respuesta. Por ejemplo, el tono con el que se remarca una frase puede incluso cambiar su sentido de asertiva a agresiva, etc.

Los componentes no verbales (p. ej., contacto ocular, gestos, postura, distancia, etc.) y paralingüísticos (volumen de voz, tono, latencia, fluidez, etc.) están muy bien identificados en la literatura y han sido profusamente estudiados.

La evaluación de los elementos conductuales de las habilidades sociales se ha centrado normalmente en la frecuencia, presencia y duración de aquellos elementos que requería la conducta hábil, dejando de lado “cómo se integran, coordinan y adaptan a las respuestas del otro” (Kelly, 1987). Sin embargo, es importante, evaluar cómo se integran, cómo se sincronizan entre sí los elementos y cómo interaccionan con los componentes de la conducta de la otra persona, ya que los patrones de respuesta pueden sufrir alteraciones según distintas situaciones,

diferentes dimensiones conductuales y según el momento en que tienen lugar (Kolotkin et al., 1984). Así por ejemplo, el uso de la mirada/contacto ocular, que debe ser sincronizada, acompañada, completando y acompañando a la palabra hablada, en la conversación (contenido y fluidez), la calidad de la voz o los gestos con las manos, son los elementos más exhibidos por los sujetos evaluados como habilidosos socialmente.

En este sentido, por ejemplo, Caballo y Buela (1988 a, 1988 b, 1989) encontraron que la mirada y las pausas de conversación y el tiempo de habla (entonación y fluidez) eran los tres elementos evaluados según cantidad/frecuencia, que diferenciaban a sujetos de alta, baja y media habilidad social entre sí.

Resumiendo, el componente conductual de las habilidades sociales se ha dividido en elementos verbales y no verbales. Los elementos verbales se refieren al mensaje temático de lo que dice la persona y dentro de estos componentes se incluyen aspectos como ciertos elementos del habla (habla egocéntrica, instrucciones, preguntas, comentarios, charla informal, expresiones ejecutivas, costumbres sociales, estados emocionales y actitudes, mensajes latentes) y elementos de la conversación (como duración del habla, retroalimentación, preguntas). Entre los elementos no verbales se incluyen: la mirada, la dilatación pupilar, la expresión facial, las sonrisas, la postura corporal, los gestos, la distancia (la proximidad, el contacto físico), la apariencia personal, los movimientos de cabeza y ciertos componentes paralingüísticos como la latencia, el volumen, el timbre, el tono del habla y la inflexión, la fluidez (perturbaciones al habla y otras señales vocales), el tiempo del habla, la claridad y la velocidad.

2.2.1.1 La conversación.

La mayoría de la interacción social se vale de la conversación, lo que implica una integración compleja y cuidadosa regulada por señales verbales y no verbales.

Existen claves no verbales para regular el intercambio verbal: una mirada relativamente fija, reacciones faciales adecuadas y, en ocasiones, murmullos de aprobación. En ausencia total de estos ingredientes la conversación no tardaría en cortarse (Caballo, 2007)

Dentro de las características de la conversación, se encuentran factores cognitivos notables. Las personas deben ser capaces de procesar los estímulos que provienen del que escucha o del que habla.

Enfatiza Trower (1981) que la conversación es claramente el componente más esencial de las habilidades sociales, formando la estructura de la interacción, de modo que la mayoría de la conducta no-verbal está organizada alrededor de ella. Es especialmente importante en ciertas situaciones como es el caso de los primeros encuentros, donde constituye el soporte de los saludos rituales, presentaciones y otros intercambios recíprocos y de etiqueta. En estas situaciones, la conversación se muestra como el déficit más observable.

La conversación se compone de una serie de elementos, entre los cuales se destaca la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla.

Cuando alguien está hablando necesita retroalimentación intermitente, pero regular, para ver cómo responden los demás y realizar modificaciones en sus enunciados, si lo considera necesario. Precisa saber si se los que escuchan comprende, si creen o no creen en lo que están escuchando, si están aburridos, de acuerdo o desacuerdo, si les agrada o les molesta.

Las preguntas son esenciales para conseguir mantener la conversación, obtener información, mostrar interés en los demás e influir en la conducta de los otros. Las preguntas pueden ser generales (¿Cómo estás?, ¿cómo está todo?) siendo útiles para empezar la conversación, específicas, sobre hechos, sobre sentimientos o preguntas con final abierto.

En una conversación se intercambian experiencias, sentimientos y conocimientos. Gran parte de la conversación trata sobre asuntos diarios y la gente habla a menudo sobre cosas que están haciendo. El contar cosas de nosotros mismos y de nuestra vida se llama auto revelación y, normalmente, es gradual y recíproca. El fracaso más común es no revelarse lo suficiente.

2.2.2. Componentes cognitivos.

El análisis tradicional de las HH.SS. enfatizó los componentes conductuales, dejando de lado la dimensión cognitiva hasta hace poco tiempo. Actualmente, parece estar claro que las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. La persona busca algunas situaciones y evita otras. El modo cómo selecciona las situaciones, los estímulos y acontecimientos, cómo los percibe y evalúa en sus procesos cognitivos forma parte de esta dimensión cognitiva y depende de los procesos cognitivos o expectativas de autoeficacia percibida. El procesamiento y la percepción e interpretación pueden ser erróneos influyendo negativamente sobre la conducta desencadenando emociones negativas y conductas inadaptadas o inexistentes.

Podemos decir pues que los componentes conductuales tienen su correlato en el sistema de respuesta cognitivo y viceversa, las habilidades sociales de carácter conductual están

mediatizadas por el proceso de pensamiento que se genera en la estructura neurológica del sistema nervioso (Vallés y Vallés, 1996).

Según Valles y Valles (1996), los elementos que forman parte de esta dimensión cognitiva son:

La competencia cognitiva formada por los conocimientos sobre habilidades sociales, como el uso de la empatía (saber ponernos en el lugar de otro) y la destreza en la solución de problemas, la capacidad de usar la conducta verbal y no verbal, al igual que entender su significado.

Las estrategias de codificación y constructos personales donde entrarían en juego aspectos como la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, así como fenómenos de percepción, traducción y ejecución de conductas sociales. En este sentido, cabe recordar que la percepción social permite a las personas observar el entorno social y poder organizarlo, y para ello es necesario aprender a interpretar las reglas de funcionamiento así como las costumbres y las normas sociales.

Las características personales, que es cuando las personas agrupan y codifican los mismos acontecimientos y conductas de maneras diferentes y atienden selectivamente a las distintas clases de información. Existen diferencias individuales en relación a la motivación y metas que se esperan ante una situación social, y las personas pueden carecer de habilidades necesarias para conseguir estas metas o bien encontrarse con dos metas contradictorias que les generan incertidumbre y conflicto. Otro factor a tener en cuenta son las creencias y valores que las personas tienen sobre sí mismas, de los otros y del mundo social que las rodea. Estas creencias están influenciadas por los procesos de socialización y funcionan como esquemas simplificadores de la realidad, regulan nuestras experiencias y lo que aprendemos (Kendall, 1983 - citado en Vallés y Vallés, 1996). La percepción y la conducta que emite la persona están

claramente influenciadas por sus creencias de modo que se puede ver distorsionada la percepción de la realidad y su influencia en el comportamiento social atendiendo a creencias erróneas o irracionales (Ellis, 1979, 1980).

Las expectativas conducta-resultados se refieren al pronóstico que una persona realiza en relación a la consecución de unos resultados ante una situación determinada. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la seguridad que tiene una persona de poder realizar una conducta particular. Esto le permite valorarse como competente para manejar unas determinadas situaciones e incompetente para desenvolverse en otras (Caballo, 2002). Podemos decir que, las expectativas guían la selección (elección) de la respuesta óptima de entre las muchas que la persona es capaz de construir dentro de cada situación social. Si el sujeto cree que los resultados de su actuación no serán positivos, dejará de enfrentarse a la situación (inhibición) o bien emitirá conductas inadecuadas. Ante una situación nueva, en ausencia de información sobre las expectativas conducta-resultados, la actuación de la persona dependerá básicamente de las expectativas conducta - resultados previos (experiencia) ante situaciones similares. Por otra parte, es probable que si la persona considera que las respuestas habilidosas le van a acarrear consecuencias negativas, éstas sean inhibidas o no aprendidas. A menudo los sujetos socialmente no habilidosos, ante el temor a la evaluación negativa de los demás, inhiben las conductas habilidosas (Bellack, Hersen y Turner, 1979b). Este último aspecto está relacionado con la autovaloración o auto-estima: las personas tienden a hacer valoraciones sobre sí mismos. Cuando se autovaloran como competentes y dignos de elogio por los demás, se aprueban y esperan aprobación por parte de los otros. Por el contrario, cuando se consideran incompetentes y carentes de valor personal, tienden a esperar que los demás también les perciban sin valía y les rechacen (Calleja, 1994).

Las personas también poseen valores que ejercen una poderosa influencia sobre su comportamiento. Estos valores pueden tener su origen en profundas creencias religiosas o éticas. Así siguiendo el ejemplo propuesto por Calleja (1994), si una persona mantiene la consideración ética de que las personas egoístas son repudiables, porque ponen por delante sus propios intereses, le será muy difícil llevar a cabo acciones que tengan por finalidad la propia satisfacción frente a las necesidades de otras. Este tipo de creencias puede ser un serio obstáculo para el desarrollo de la asertividad.

2.2.3. Componentes fisiológicos.

Los componentes fisiológicos de las habilidades sociales son aquellas señales o variables corporales que se manifiestan como activación del sistema nervioso y demás aparatos respiratorios, digestivo, circulatorio, etc. (Vallés y Vallés, 1996). En este sentido, Caballo (2002) señala como variables fisiológicas: la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales (conductancia de la piel), las respuestas electromiográficas (tensión-relajación muscular) y la respiración.

Aunque los estudios experimentales realizados sobre los componentes fisiológicos de las habilidades sociales no son concluyentes, parece ser que los sujetos de alta habilidad social tardan menos en reducir su activación (medida por la tasa cardíaca o el volumen de sangre) que los sujetos de baja habilidad social (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Caballo, 2002; Dayton y Mikulas, 1981).

Sin embargo, tradicionalmente se han señalado una serie de problemas en el análisis de los componentes fisiológicos de las habilidades sociales (Eisler, 1976 –citado en Caballo, 2002):

a) No hay una relación necesaria entre la actividad fisiológica general y el autoinforme de estados emocionales específicos. Algunos sujetos pueden calificar su activación fisiológica en situaciones interpersonales como ansiedad, otros como excitación fisiológica o como ira. b) Algunos individuos pueden comportarse de manera altamente habilidosa bajo condiciones de gran activación fisiológica, mientras que otros pueden aparecer igual de habilidosos bajo condiciones de activación baja o moderada. c) Diferencias individuales en pautas de activación fisiológica en respuesta a situaciones interpersonales pueden conducir a pautas de conducta similar o diferente dependiendo de cómo sean interpretadas por los individuos. d) De las medidas de todos los sistemas de respuesta, los indicadores fisiológicos parecerían estar entre los menos fiables con respecto a la predicción de las conductas sociales complejas.

2.2.4. Componentes situacionales o ambientales.

Esta dimensión de las habilidades sociales se refiere a las variables situacionales o ambientales que influyen, claramente, en la conducta social de la persona. Si tenemos en cuenta que las habilidades sociales son respuestas específicas a situaciones específicas, entonces su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que pueden concurrir en ella.

Según Fernández Ballesteros (Ballesteros, 1986 citado en Caballo, 1993), los tipos de variables ambientales a tener en cuenta son:

a) Físicas: temperatura, polución, hacinamiento, construcción de edificios.

b) Sociodemográficas: género, edad, estado civil, situación de la estructura familiar, número de miembros en el hogar, familia, ocupación del jefe de familia, lugar de nacimiento, ingresos personales, raza, lengua, religión.

c) Organizativas: variables que ordenan o normativizan el comportamiento de los habitantes en un determinado ambiente como parque, jardín, empresa.

d) Interpersonales o psicosociales: variables implicadas en las relaciones interpersonales pues las relaciones humanas suelen ser evaluadas en función del comportamiento externo de los sujetos (roles, liderazgo, estereotipos)

e) Conductuales: tipos de conducta que se van a adoptar en un ambiente determinado como conductas motoras, fisiológicas o cognitivas.

En relación a los elementos del ambiente, podemos decir que los ambientes cálidos son aquellos lugares físicos agradables inductores de la comunicación personal. El entorno en el que se producen las interacciones sociales puede generar un cierto acogimiento o frialdad en el sentido psicológico, lo cual nos hace sentir más cómodos y relajados o, por el contrario, si el ambiente se percibe como frío nos hará sentir más tensos. Algunos elementos físicos como la combinación de color de las paredes de la estancia, cortinas, alfombras, mobiliario, etc. nos hacen sentir más o menos relajados en las situaciones de interacción social (Vallés y Vallés, 1996) y de ahí la necesidad de estudiarlos y modificarlos.

2.3. Déficit en habilidades sociales

Las habilidades sociales comienzan a incorporarse desde el momento del nacimiento y su desarrollo y adquisición se acentúan en la infancia. De acuerdo con Monjas (1992) existen dos

modelos explicativos de la falta de habilidad social en la infancia: el modelo del déficit y el modelo de interferencia.

Según el primer modelo, los problemas de competencia social se deben a que la persona no tiene un repertorio de conductas y habilidades necesarias para interactuar con otras personas porque nunca las ha aprendido. Esto puede deberse a que no ha tenido modelos apropiados o estimulación adecuada, a la falta de oportunidades de aprendizaje o a la existencia de una historia inadecuada de reforzamiento.

Según el modelo de la interferencia, o del déficit en la ejecución, el sujeto tiene determinadas habilidades, pero no las pone en juego debido a determinados factores emocionales y/o cognitivos y motores que interfieren con su ejecución. Entre las variables interferentes se incluyen los pensamientos depresivos, la baja habilidad de solución de problemas, limitaciones en la habilidad para ponerse en lugar de los otros, bajas expectativas sobre sí mismo, ansiedad, miedo, comportamiento motor deficiente o excesivo, creencias irracionales, y déficit en percepción y discriminación social.

Por tal motivo, un estudio como el presente resulta de actualidad y oportuno para aportar conocimiento sobre habilidades sociales estudiadas sistemáticamente en relación a la edad, al nivel de discapacidad, al género y tipo de escolarización, en una muestra amplia de jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada.

2.4. Entrenamiento de las habilidades sociales

El enfoque cognitivo conductual permite asignar tareas a los participantes, identificar distorsiones cognitivas y la reestructuración de las ideas o pensamientos razonables o positivos. En este sentido, Caballo (2002) menciona que una diferencia entre los que tienen alta habilidad social de los que tienen baja habilidad es que los primeros, tienen menores pensamientos negativos que los segundos. Por tal motivo es importante que las personas con déficit en las habilidades sociales no sólo trabajen el desarrollo de las mismas, sino que además aprendan a reestructurar su manera de pensar negativamente a positivamente; ya que de esta manera se trabaja de forma integral, desde el cambio de pensamientos, hasta el cómo desarrollar las habilidades sociales. Asimismo, el aprendizaje estructurado, desarrollado y estudiado por Goldstein y Cols constituye una aproximación de gran efectividad para el entrenamiento de una amplia gama de habilidades (Roth, 1986, p.67).

Según Caballo (1993) el entrenamiento de las habilidades sociales se compone de una serie de procedimientos dirigidos a incrementar la capacidad del individuo para implicarse en las relaciones interpersonales de una manera socialmente apropiada.

A un individuo le impide mostrar una conducta socialmente habilidosa el siguiente grupo de factores:

- No tener un repertorio de respuestas habilidosas, es decir, no haber aprendido nunca una conducta apropiada para esa situación.
- Haber tenido respuestas previas no adecuadas ante una situación determinada que hacen que tenga ansiedad condicionada.
- Que el individuo contemple negativamente su actuación social.
- La falta de motivación para actuar correctamente ante una situación.
- No saber discriminar el tipo de respuesta que se debe dar.

- No estar seguro de sus derechos.
- Obstáculos ambientales que impiden la conducta social adecuada.

Con el entrenamiento de las habilidades sociales se pretende desarrollar, incrementar y promover las habilidades sociales, que no se tienen en el repertorio conductual, y así reducir la ansiedad ante situaciones problemáticas, modificar los valores, creencias, cogniciones y actitudes del sujeto y enseñar a buscar soluciones a los problemas.

Caballo (1989 y 1993) luego de estudiar las conductas asertivas, considera a la conducta socialmente útil como un conjunto de conductas interpersonales que permiten comunicarse con los demás de forma eficiente en base a sus intereses y bajo el principio de respeto mutuo; esto implica ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás, defenderse sin ansiedad inapropiada y expresar opiniones, sentimientos y deseos, arriesgándose a la pérdida de reforzamiento social incluso al castigo.

Este mismo autor reformula estos aspectos y define las habilidades sociales como un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la aparición de futuros problemas.

El origen nace en los estudios de "desempeño social" que se inspiraron en los trabajos del psicólogo A. Salter en 1949, reconocido discípulo de Pavlov. Por otro lado, en 1950 y 1960 Wolpe, inspirado en el trabajo de Salter, denominó por primera vez el "entrenamiento asertivo" como un método para tratar la ansiedad y facilitar la expresión de sentimientos. Se definía la asertividad como la expresión de cualquier emoción libre de ansiedad en la relación con otra

persona. Posteriormente muchos autores han contribuido a enriquecer el trabajo sobre comportamiento asertivo, entendiéndolo como la expresión de sentimientos negativos (ira, enojo, malestar) o positivos como el aprecio, el amor, el respeto, la comunicación, etc.

Paralelamente a las investigaciones en Estados Unidos por Wolpe y otros investigadores, un nuevo movimiento surgido en la Universidad de Oxford investigaba sobre el desempeño social, empezando a utilizar el término "habilidades sociales".

Fernández Ballesteros (1994), sostiene que existe acuerdo entre los autores con respecto a la dificultad, e incluso imposibilidad de dar una definición satisfactoria del concepto de habilidad social. Las denominaciones respecto a las habilidades sociales son variadas: destreza social, competencia social, habilidades interpersonales, conducta asertiva entre otras.

Sostiene Caballo (1993) que los problemas para definir una habilidad social son de tres tipos. El primero, remite a la cantidad de investigaciones y publicaciones en las que se han empleado términos diversos para referirse a un mismo concepto; sobre todo el uso del término "conducta asertiva" (Wolpe, 1958) reemplazado a mediados de los años setenta por el término "habilidades sociales". En segundo lugar, la dependencia de los comportamientos sociales al contexto cambiante (Meichenbaum, Butler y Grudson, 1981). Aquí es relevante el marco de las particularidades dentro de una misma cultura (subculturas), el nivel social, educativo y económico que, junto a las diferencias individuales (capacidades cognitivas, afectividad, sistema de valores, entre otros), imposibilitan establecer un criterio único de lo que se considera una habilidad social. De este modo, dos personas pueden comportarse de un modo diferente en una misma situación social, tener respuestas dispares ante una misma circunstancia y considerarse que sus comportamientos sociales son igualmente efectivos. Y en tercer lugar, las revisiones sobre la presente temática indican que las definiciones sobre habilidades sociales se han centrado

más en las descripciones de las conductas que dan cuenta de esas capacidades o en las consecuencias que tiene la ejecución de dichos comportamientos.

Caballo (2005) refiere que las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros.

Kelly (2002) define a las habilidades sociales como un conjunto de conductas aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente. Tres aspectos fundamentales presenta esta definición según Kelly: 1) el hecho de que un comportamiento es socialmente hábil en la medida que implique consecuencias reforzantes del ambiente, 2) tener en cuenta las situaciones interpersonales en las que se expresan las habilidades sociales y 3) la posibilidad de describir las habilidades sociales de modo objetivo.

Por otra parte, Goldstein (1980) profundiza en estudios sobre el adiestramiento psicopedagógico, creando un método denominado *Aprendizaje Estructurado*. Basado en los aportes de la educación progresiva (Dewey, 1938) y el de educación personal (Chapman, 1977), sus objetivos no consisten en aumentar las aptitudes académicas, sino en enseñar conceptos y conductas relacionadas con los valores, la moral y lo emocional. Está referenciada en tres planteamientos: aclaración de valores (Simon, Howe y Kirschenbaum, 1972), educación moral (Kohlberg, 1973) y educación afectiva (Miller, 1976). Todos estos programas comparten el mismo interés por el desarrollo individual, la competencia y la efectividad social. La educación,

en el sentido académico, se ha extendido fuera del contenido escolar para introducirse en áreas tradicionalmente reservadas a los especialistas de la salud mental.

El método de aprendizaje estructurado está compuesto por cuatro elementos: el modelamiento, la representación de papeles, la retroalimentación del rendimiento y la transferencia del adiestramiento.

El modelamiento se puede definir como un aprendizaje por medio de la imitación. Es una técnica efectiva y fiable, tanto por la rapidez con que se aprenden conductas nuevas, como por el fortalecimiento o atenuación de las conductas previamente aprendidas. Goldstein identificó tres tipos de aprendizaje por medio del modelamiento.

- 1) El aprendizaje por observación. Alude al aprendizaje de conductas nuevas que el sujeto nunca ha practicado.
- 2) Efectos de inhibición y desinhibición. Incluyen el aumento o disminución de conductas que el sujeto casi nunca ha llevado a cabo, debido a castigos u otro tipo de reacciones negativas.
- 3) Facilitación de conductas. Está relacionado con el desempeño de conductas aprendidas con anterioridad que no son nuevas ni constituyen una causa para que se produzcan reacciones potencialmente negativas.

Asimismo, Caballo (2007) distingue dos formas de modelamiento o modelado: el modelado encubierto y el manifiesto, el cual puede ser desarrollado con participación dirigida. El modelado permite mostrar una conducta correcta (verbal, paralingüística y no verbal) antes que explicarla o apuntalarla.

El modelamiento por sí sólo no es suficiente debido a que sus efectos positivos son de muy corta duración, por lo que precisa otro componente para desarrollar el aprendizaje estructurado: la representación de papeles (Role Playing)

La representación de papeles se ha definido como una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel (se comporte de determinada manera), por lo general, no el de sí mismo, y, si éste es el caso, en un lugar distinto al habitual (Mann 1956 en Goldstein 1980). Caballo le da el nombre de *ensayo de conducta*, incluyendo una serie de procedimientos tales como: ensayo encubierto, inversión de papeles, representación exagerada del papel, ensayo de conducta dirigido, práctica dirigida, ponerse en el papel del otro y desensibilización a través de ensayos.

Sin embargo, varias investigaciones han demostrado que el uso exclusivo tanto del modelamiento como de la representación no es suficiente. La combinación de estas dos técnicas supone una mejora, ya que de este modo el paciente sabe qué y cómo hacerlo. Pero aun así, sigue siendo insuficiente, porque el individuo todavía necesita saber por qué debe adoptar determinadas conductas. Es decir, que se debe incluir en el conjunto del adiestramiento un componente de motivación o incentivo. Por tal motivo, Goldstein incluye otro procedimiento que es el de retroalimentación del rendimiento.

La retroalimentación del rendimiento suministra al sujeto adiestrado información sobre cómo ha representado el papel asignado, considerando cuestiones tales como la recompensa, el refuerzo, la crítica o el volver a repetir el aprendizaje. En este procedimiento es necesario destacar la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación y el estímulo, ya que se ha comprobado la enorme influencia que tiene en la modificación de conducta. Caballo (2007) incluye una serie de técnicas para la retroalimentación: tareas para la casa, reestructuración cognitiva, ejercicios de solución de problemas, autoinstrucciones, aleccionamiento (coaching), detención del pensamiento, relajación, discusión en pequeños grupos, autoevaluación, lecturas seleccionadas, películas y psicodramas.

El último componente del método de aprendizaje estructurado es el reforzamiento. En general, se lo ha definido como un suceso que sirve para aumentar la probabilidad de que se realice una determinada conducta. Se han especificado tres tipos de refuerzo: (1) material, tales como la comida o el dinero; (2) social, como la aceptación y el reconocimiento por parte de los demás; y (3) el autorrefuerzo, es decir, la evaluación positiva que una persona hace de su propia conducta. Un adiestramiento eficaz debe tener en cuenta a estos tres tipos de refuerzo (Goldstein 1980). Muchos sujetos, al principio, sólo responderán ante el refuerzo material. Pero es evidente que la conducta que ha cambiado gracias a un programa de recompensas materiales desaparece (se extingue) cuando se acaban los premios. Es por este motivo que, en general, los refuerzos materiales y los sociales se dan simultáneamente, para así poder suprimir a los primeros mientras se mantienen los otros. A pesar de la importancia que tienen los refuerzos sociales en numerosas situaciones de la vida cotidiana, también es cierto que muchas conductas meritorias pasan desapercibidas e ignoradas por los demás. Sin embargo, si se ayuda a los pacientes a que sean ellos mismos los que se proporcionen los refuerzos y a que sean capaces de evaluar sus comportamientos para, así, autorrecompensarse, se habrá logrado un gran avance para que las nuevas conductas aprendidas se ejerciten en el ámbito de la vida real de forma firme y estable (Goldstein 1980).

Es menester mencionar el aprendizaje *vicario*, término acuñado por Albert Bandura en su teoría del *aprendizaje social* (1977). Decía el autor que el aprendizaje sería muy trabajoso y peligroso si la gente tuviera que depender de forma única de los efectos de sus propias acciones. Sostiene Bandura que el comportamiento humano se aprende a través de la observación, lo que permite al individuo formarse una idea de cómo adquirir nuevas conductas que luego repetirá.

Hay una combinación de factores del entorno y psicológicos que influyen en la conducta: la atención, la retención, la reproducción y la motivación.

- Atención: el aprendizaje necesita de atención; si hay elementos que distraen influirán en forma negativa en el aprendizaje por observación o vicario. Las situaciones nuevas captan más la atención que las conocidas.
- Retención: es la capacidad para memorizar o retener información, la cual también puede estar influida por distintos factores. La retención es importante para imitar y consolidar el comportamiento
- Reproducción: cuando se ha prestado atención al modelo y se ha retenido la información, es fácil repetir lo observado. Cuánto más se repita esta conducta, más fácil es el progreso en el aprendizaje.
- Motivación: para que el aprendizaje vicario sea exitoso, el individuo debe estar motivado para imitar al otro. El refuerzo y castigo son importantes en la motivación

Según Caballo (2007), un proceso de Entrenamiento de las Habilidades Sociales debería implicar cuatro elementos de forma estructurada.

1) Entrenamiento en habilidades, donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. La adquisición de las habilidades sociales depende de un conjunto de factores encuadrados dentro de la teoría del aprendizaje social, para lo cual se emplean procedimientos como las instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, la retroalimentación y el reforzamiento.

2) Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas. Se consigue de forma indirecta, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa, incompatible con una respuesta de ansiedad.

3) Restructuración cognitiva. Se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. También se da de forma indirecta, pues por lo general, la adquisición de nuevas conductas modifica las cogniciones del sujeto.

4) Entrenamiento en solución de problemas. Se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los valores para generar respuestas potenciales, seleccionar la respuesta pertinente y alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

El Programa de Habilidades Sociales de Miguel Ángel Verdugo, utilizan como base programas formativos estandarizados que, posteriormente, se han de adaptar para responder a las características de las personas con discapacidad intelectual. Por ejemplo, muchos programas de entrenamiento en habilidades sociales tienen un componente cognitivo complejo, basado en actividades con un alto nivel de abstracción o con unos requisitos de dominio del lenguaje, que en muchos casos los hacen inaccesibles para algunos jóvenes con discapacidad intelectual.

1.- Instrucción verbal y discusión

1.1.- Información conceptual

Delimitación y especificación de la habilidad

- Importancia y relevancia de la habilidad
- Aplicación de la habilidad

1.2.- Instrucción directa

1.3.- Diálogo

2.- Modelado

- El modelo hará exactamente la conducta que desea que aprendan
- Realizarla despacio
- Repetirla varias veces
- Con diferentes modelos (padres, profesores, compañeros)

3.- Práctica

3.1.- Representación de papeles. (Role-playing)

3.2.- Práctica real (en diferentes lugares, y en el momento adecuado. Generalización)

4.- Retroalimentación (feed-back)

- Informar del desarrollo de la conducta

5.- Refuerzo

- Reforzar lo positivo
- Posteriormente, repasar lo mejorable

6.- Diálogo – Discusión

7.- Tareas para casa

- Practicar en el entorno real ordinario la conducta entrenada

Se pueden mencionar otros programas de enseñanza de habilidades sociales: Manual de evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales, de Vicente E. Caballo; Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS), para niños y adolescentes, de M^a Inés Monjas (Monjas, 1999) y el Programa “Aprendo a relacionarme”, de M. Gutiérrez-Moyano.

Los autores mencionados aportaron sus perspectivas y estudios para abordar conceptualmente las habilidades sociales y proporcionar un proceso de entrenamiento para mejorar la adquisición de habilidades sociales. La Tabla 2 (ver Anexos) resume los trabajos realizados por tres exponentes en la materia, pudiéndose ver con claridad los criterios coincidentes entre Caballo, Goldstein y Del Prette.

2.5. Técnicas de evaluación de las habilidades sociales

La evaluación de las habilidades sociales constituye un tema conflictivo y pendiente de un consenso global entre los profesionales. A pesar de no tener un instrumento adecuadamente validado, las técnicas de medición empleadas se han aplicado, generalmente, a lo largo de cuatro fases (Caballo, 1989):

1. Antes del tratamiento
2. Durante el tratamiento
3. Después del tratamiento
4. En el período de seguimiento

En la primera etapa, se suele llevar a cabo un amplio análisis conductual para determinar los déficits en habilidades sociales del paciente. También es frecuente evaluar las cogniciones que

pueden interferir con una conducta socialmente habilidosa, como creencias poco racionales, autoverbalizaciones negativas o expectativas poco realistas.

Durante el tratamiento se analizan de qué manera se van modificando las conductas del sujeto, así como sus cogniciones no adaptativas y el modo en que el paciente va considerando su propio progreso. Esto permite averiguar si la intervención escogida es correcta o si es necesario cambiarla.

La tercera fase, la evaluación después del tratamiento, analiza si hubo o no mejoría del paciente tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo.

La última etapa explora el grado en que el paciente ha mantenido los cambios y si ha progresado.

2.5.1. Inventario de evaluaciones de habilidades sociales.

Medidas de autoinforme

Las escalas de autoinforme son, probablemente la estrategia de evaluación más empleada en la investigación de las habilidades sociales. La utilización de cuestionarios, inventarios o escalas permite evaluar una gran cantidad de sujetos en un tiempo relativamente breve. Explora un amplio rango de conductas, muchas de ellas difícilmente accesibles a una observación directa, y pueden ser completados con gran facilidad.

Los cuestionarios más utilizados son:

1. Inventario de Asertividad de Rathus (RAS): fue la primera escala para medir la habilidad social desarrollada de una manera sistemática. Consta de 30 items, puntuándose cada uno desde +3 hasta -3. Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras que una

puntuación negativa alta indica una baja habilidad social. Tienen una buena fiabilidad tes-retest y una alta consistencia interna para una revisión.

2. Escala de autoexpresión para adultos (ASES): mide comportamientos que incluyen el expresar opiniones personales, el rechazar peticiones poco razonables, el tomar la iniciativa en las conversaciones y al tratar con los demás, expresiones de sentimientos negativos, defensa de los derechos legítimos, expresión de sentimientos positivos y petición de favores a los demás. Consta de 48 ítems que se puntúan de 0 a 4. La fiabilidad test-retest es alta.

3. Inventario de Aserción (AI): se desarrolló para recoger tres tipos de información: el grado de malestar experimentado en situaciones sociales determinadas, la probabilidad estimada de que una persona lleve a cabo una conducta asertiva específica y las situaciones en las que a una persona le gustaría ser más asertiva. Consta de 40 ítems y tiene un formato de respuesta múltiple, el cual ha sido cuestionado, ya que se considera que confunde al que responde, aumenta la cantidad de tiempo y esfuerzo que se necesita para completar la tarea y tiene sesgos de respuestas de deseabilidad social.

4. Escala-Inventario de la Actuación Social (SPSS): consta de 100 ítems, de los cuales 50 refieren a conductas sociales positivas y 50 conductas negativas. Se pregunta a los sujetos la frecuencia con que se realizan cada conducta en una escala de cinco puntos. Algunos de los ítems son muy específicos, por lo que se señala que este método puede ser útil para la planificación de tratamientos.

5. Escala Multidimensional de Expresión Social – Parte Motora (EMES-M): se compone de 64 ítems, cada uno se puntúa de 4 a 0. A mayor puntuación mayor habilidad social. Esta escala analiza 12 factores, los cuales pueden considerarse como una clase de respuesta o dimensión de las habilidades sociales.

6. Inventario de Interacciones Heterosexuales (SHI): indaga específicamente sobre la habilidad del sujeto para arreglárselas con situaciones problemáticas que implican interacciones heterosexuales.

7. Inventario de Situaciones Sociales (SSI): se describen 30 situaciones sociales a las que el sujeto tiene que contestar de 0 a 4 según el grado de dificultad que tienen para él dichas situaciones en el presente y el que tenían hace un año.

Otras medidas de autoinforme cognitivas están enumeradas en la tabla 3.

Además de los inventarios estructurados y semiestructurados, pueden ser útiles también los métodos de recuerdo de Glass y Merluzzi (1981), siendo el más significativo la técnica de *anotación de pensamientos* (Thought-listing, Cacioppo y petty, 1981; Parks y Hollon, 1988), que consiste en que los sujetos anoten sus pensamientos después de haber realizado una tarea.

En la tabla 3 (ver anexos) se detallan algunos inventarios empleados en la evaluación de las habilidades sociales.

2.6. Habilidades sociales y discapacidad intelectual

El déficit en habilidades sociales es una característica definitoria de la discapacidad intelectual. De hecho en la definición de la AAMR caracteriza el retraso mental por *un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media que coexiste con limitaciones en diferentes áreas de adaptación entre las que se incluyen las habilidades sociales* (Luckasson y cols., 2002a, p.8; 2003, p.17).

Las habilidades sociales constituyen un área extensamente compleja, de tal modo que una persona puede presentar déficits en una habilidad concreta y no en otras o incluso el déficit en

una habilidad puede darse en un contexto específico y no en otro. Por tanto, el decir que un sujeto tiene déficits en habilidades sociales no resulta operativo a la hora de diseñar un entrenamiento, ni se ciñe a la realización de una evaluación específica de la individualidad.

La utilización del concepto Discapacidad Intelectual no hará referencia a un grupo de personas con un síndrome único, sino a una amplia categoría de personas con etiologías muy diversas y características tan distantes unas de otras, que apenas tienen en común su limitada capacidad intelectual y las dificultades de aprendizajes (González-Pérez,2003).

El manual estadístico de los trastornos mentales (DSMV, 2013) postula en el apartado sobre trastornos del desarrollo neurológico a la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual).

La discapacidad intelectual es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

La conducta interpersonal se aprende y puede enseñarse y modificarse, sin embargo, ésta no está contemplada, ni se trabajan de manera sistemática en ningún área del contexto escolar. No se puede mejorar la competencia social sin que ésta sea trabajada sistemáticamente.

Las definiciones clásicas de las habilidades sociales, las presentan como comportamientos sociales positivos en términos de refuerzo social (Heisen y Bellack, 1977; Libert y Lewinson, 1973) de aceptación de los demás.

Los programas de entrenamiento de las habilidades sociales, pretenden desarrollar la competencia social, aunque casi en todas las intervenciones psicológicas se plantea una modificación de las conductas interpersonales, tal y como apuntan Monjas I. y de la Paz, B. (2000).

Gresham y Reschly (1986) analizan que se han dado tres tipos de definición, dentro de este enfoque, en los años 70 y 80:

a) Basadas en la aceptación o popularidad entre los iguales. Es la aceptación o popularidad la que distingue a un niño/a con habilidades sociales del que no las posee.

b) Basadas en las contingencias de la conducta hábil, suponiendo qué habilidades sociales son comportamientos que, en situaciones sociales concretas, conllevan una probabilidad de ser reforzados y evitar contingencias de castigo. Establecidas básicamente por observación, la principal crítica que se le ha efectuado es que no se garantiza que estas habilidades definidas así sean socialmente importantes o significativas para el desarrollo del alumno, o para la percepción que de él tienen sus iguales o adultos significativos.

c) Basadas en la validez social, establecen que son comportamientos que, en una determinada situación social, predicen resultados importantes para el niño/a, por ejemplo, aceptación o popularidad entre sus iguales, evaluaciones positivas de sus padres o profesores, y otras.

Autores como Bramlett, Smith y Edmonds, (1994); Greenspan y Granfield, (1992; Gresham y Reschly), 1986, señalan que, aunque esté bien establecido que los individuos con discapacidad intelectual tienen problemas en habilidades sociales, plantean que, es necesaria más información estadística de los problemas en las interacciones sociales de las distintas edades, niveles y categorías de estudiantes con discapacidad intelectual.

En las últimas dos décadas se ha producido un cambio muy importante en el paradigma de las relaciones sociales debido al incremento en el uso de las nuevas tecnologías, especialmente de Internet, que podría estar afectando al ámbito de las habilidades sociales. Además, la aparición de las llamadas redes sociales, donde se destaca Facebook, podría estar cambiando significativamente las relaciones sociales de millones de usuarios a lo largo de todo el mundo, que se relacionan a través de las mismas. Wise, Alhabash y Park, (2010).

Capítulo 3: Discapacidad Intelectual

La terminología utilizada para denominar lo que, actualmente, se llama discapacidad intelectual ha cambiado históricamente. Durante los últimos 200 años, los términos acuñados han sido: imbecilidad, debilidad mental, minusvalía mental, retraso mental y subnormalidad mental (Goodey, 2005; Mercer, 1992; Schroeder et al., 2002).

El estado de “situación permanente incurable” marcó las primeras definiciones de retraso mental de la Asociación Americana de Retraso Mental, adquiriendo un gran peso específico las evaluaciones centradas en los coeficientes de inteligencia. El coeficiente intelectual se obtenía a partir de diversas pruebas que los niños tenían que superar. Como consecuencia, los coeficientes intelectuales resultantes no tenían el mismo significado en todas las edades y persistían conceptos nebulosos, como el de “Edad Mental” que, entre otras limitaciones, asumía una secuencia estable e inmutable en el desarrollo humano. Por esta razón, a los casos de discapacidad intelectual se los denominaba “retrasados mentales”, indicando que su nivel de desarrollo no era el correspondiente a su edad. El tránsito desde cociente intelectual – siendo este la división entre edad mental y cronológica – hasta llegar al de coeficiente intelectual, se inició con los planteamientos de Terman (1996), pero no se consolidó completamente hasta la llegada de los test de Wechsler. (Miquel Carrillos, 2012).

El constructo actual de discapacidad se centra en la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual, en un contexto social, y representando una desventaja sustancial para el individuo. Señala limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, a partir de un estado o condición de salud de una persona en interacción con el contexto (Pantano, 2007). Esta es una definición técnica, respaldada y difundida por la Organización Mundial de la Salud

(OMS) y revisada por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Se supera el reduccionismo de la consideración de la salud como factor definitorio, y se concilian los dos modelos interpretativos de la discapacidad: el modelo médico/rehabilitador y el modelo social. De la síntesis de estos dos modelos surge una nueva versión clasificatoria: el modelo bio-psico-social. La discapacidad se instala desde los aspectos negativos de la salud, pero se produce y se expresa en el funcionamiento humano dentro de un contexto social.

La discapacidad debe entenderse como un fenómeno que ha dado lugar a muchos sistemas culturales y ha penetrado en otros tantos (Stiker, 1999). Al igual que otras categorías como la de raza, género o edad; la categoría discapacidad implica una serie de representaciones, valoraciones y prácticas que de múltiples maneras inciden en la vida de personas concretas. El significado actual de la discapacidad es entendido no como algo perteneciente al individuo, sino a la relación existente entre el individuo y las barreras que enfrenta en el ambiente circundante. Esto es, entre el individuo, los espacios físicos y los grupos sociales con los que interactúa; uno de ellos es la familia y otro, el equipo de salud. Desde la perspectiva sistémica, las familias son entendidas como sistemas de relaciones que entran en contacto con otros sistemas. En la literatura sobre enfermedad y discapacidad, las familias son descritas como generadoras de obstáculos y patología. Si bien en algunos casos la incidencia familiar se presenta como una amenaza, generalmente el grupo familiar funciona como sistema de apoyo. En la familia, el individuo encuentra la satisfacción de sus necesidades, crea vínculos, experimenta dinámicas relacionales, construye identidad, genera competencias, desarrolla habilidades sociales, se proyecta hacia la exploración de mundos diferentes y nuevos vínculos y encuentra recursos para buscar su independencia, según Fruggeri, (1997).

De acuerdo con Céspedes (2004) el planteamiento de una nueva cultura de la discapacidad parte de la interacción entre la persona y el ambiente donde vive, y se apoya fundamentalmente en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir. Por esto, la meta de cualquier proceso de rehabilitación integral debe ser la inclusión social, y no sólo la rehabilitación médico- funcional.

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS, 2011) se estima que alrededor del 15% de la población mundial se encuentra en situación de discapacidad y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por las Naciones Unidas en 2006 es incorporada a nuestra legislación nacional en 2008. La misma busca: promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (Ley 26.378).

Se entiende por personas con discapacidad a aquellos sujetos que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (ONU, 2006)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe, define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. Según Pantano (2007) la discapacidad se arma, se modela y se expande en el proceso dinámico

del funcionamiento humano en relación con los factores ambientales, es decir, los que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal.

La OMS (2001) aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que enfatiza el funcionamiento (como factor positivo) y no la discapacidad (factor negativo). El funcionamiento de cada individuo tiene relación con el cuadro completo de su salud física, psíquica y emocional; con el momento de adquisición; con las restricciones del entorno inmediato (familia extendida, grupo de pares, vecindario, etc) y mediato (región o país); con las posibilidades socioeconómicas; con los dispositivos de apoyo; las leyes y su cumplimiento; el rol de los entes reguladores, etc. (Pantano, 2007). Es decir, actitudes, medios materiales y normas sociales pueden operar como barreras o facilitadores, todo ello combinado con las propias características de las personas con discapacidad, en un tiempo y espacio dado.

En este sentido, la discapacidad es una circunstancia o condición de las personas, pero también un hecho social que resulta del desajuste entre el funcionamiento de un individuo con un estado negativo de salud y entornos desfavorables. También la “mirada social” opera en el funcionamiento y desarrollo de las personas; estimula o inhibe, facilita u obstruye (Pantano, 2007)

Sostiene Barnes: el término “discapacidad” representa un sistema complejo de restricciones sociales impuestas a las personas con insuficiencias por una sociedad muy discriminadora. Ser discapacitado hoy significa sufrir la discriminación (Ferreira y Rodríguez, 2006).

La discapacidad es un fenómeno complejo, y es el resultado de una interacción dinámica entre las características del cuerpo humano que posea una persona (esto es, su estructura y su fisiología), con las características de la sociedad en la que vive, se desarrolla y se desenvuelve. La discapacidad es un asunto intersectorial, y el sector salud debe asumir su corresponsabilidad,

principalmente, desde la compleja temática de las deficiencias neurológicas, según Suárez-Escudero (2014). La discapacidad puede explicarse en gran medida desde el sistema nervioso, no sólo porque éste es el asiento de las enfermedades neurológicas, del retraso mental y de los trastornos neuropsiquiátricos, sino también porque es el sistema que permite al ser humano y a la sociedad disolver o mantener prejuicios, avanzar en las definiciones y conceptos, propiciar barreras, diseñar facilitadores y, al mismo tiempo, mostrar la potencialidad del ser humano con discapacidad.

Carlson (2010) muestra la forma en que las relaciones de poder se han construido en base a diferenciaciones específicas operadas sobre las personas, así como en las etiquetas utilizadas para definir las. Relaciones de poder que también se visualizan en los objetivos perseguidos por quienes se encargan de la atención a la discapacidad, en las distintas prácticas de control aplicadas sobre las personas con discapacidad intelectual – como la institucionalización y la segregación espacial – y en las diversas prácticas burocráticas en torno a la discapacidad.

3.1. Modelo teórico del concepto de discapacidad intelectual

La Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR, ha venido ofreciendo desde 1876 concepciones cada vez más clarificadoras, las definiciones han ido enriqueciéndose con los años y los nuevos conocimientos, y poco a poco esta Asociación está facilitando una visión y una intervención más acorde con las necesidades de las personas con discapacidad mental (Alonso, 2005). En 1957, la AAMR añadió criterios numéricos al CI, consiguiendo con ello mayor objetividad en los diagnósticos. En 1959, incluye el concepto de *conductas adaptativas*,

reconociendo el trabajo de Voisin de 1843, primer autor que llevó a cabo el registro y medición de conductas adaptativas (Lambert y cols, 1993, p. 2). En la edición de 1973, estableció dos desviaciones típicas por debajo de la media en la valoración del CI. Finalmente, la conceptualización de 1992, al que se ha venido llamando “nuevo paradigma” (Verdugo, 1994 en Alonso, 2005), considera persona con retraso mental no como un rasgo de incompetencia propio del individuo, sino como una expresión de la interacción entre la persona y su funcionamiento y el entorno, aportando un enfoque multidimensional al concepto. En junio de 2002 se publicó la última y más renovada conceptualización. Este marco teórico, mostrado en el **gráfico 1 (Anexo)**, denota la relación entre el funcionamiento del individuo, los apoyos y las cinco dimensiones que abarcan el acercamiento multidimensional del retraso mental. Dichas dimensiones son:

- Dimensión I: Habilidades intelectuales, que incluye razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje por la experiencia.

- Dimensión II: Habilidades de conducta adaptativa (conceptuales, sociales y prácticas) la AAMR ejemplifica dichos tipos de conducta adaptativa, los cuales se pueden observar en la **Tabla 2**. Las limitaciones en conducta adaptativa afectan a la vida diaria y a las habilidades para responder a las demandas y cambios ambientales; las limitaciones encontradas deben ser consideradas junto con las otras cuatro dimensiones del modelo; la presencia o ausencia de habilidades adaptativas tienen diferente relevancia dependiendo de si lo que se desea es diagnosticar, clasificar o planificar apoyos; las limitaciones adaptativas significativas han de estar basadas en pruebas estandarizadas y en normas y baremos de la población general.

- Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales. Indica la relevancia que tiene la participación del sujeto, así como la interacción y los diferentes roles sociales que asume. Esta dimensión también aparece en la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud”, CIF (OMS, 2001). La participación, interacción y rol social están influidos por las oportunidades y el afrontamiento individual, es por ello decisivo tenerlas en cuenta en la multidimensionalidad del concepto.

- Dimensión IV: Salud (física, mental y etiología). El estado de salud física y mental facilita o inhibe el nivel de funcionamiento de una persona, de ahí la importancia de esta dimensión. El ambiente en el que un individuo vive, aprende, juega, se socializa e interactúa con otros, influye en su funcionamiento y participación. Los factores ambientales pueden no saber apoyar adecuadamente a un sujeto, en este caso los servicios de salud física y mental, han de proporcionar las ayudas y los tratamientos oportunos. Entender la etiología como multifactorial, amplía la lista de factores causales en dos direcciones: tipos de factores y momentos de esos factores.

- Dimensión V: Contexto (ambientes, cultura). Se representa desde una perspectiva ecológica que tiene tres niveles diferentes de estudio: el microsistema, el ecosistema y el macrosistema (ver capítulo 3.5.5). Estos ambientes son relevantes para el sujeto, pues frecuentemente determinan lo que se puede hacer, cuándo y cómo se lleva a cabo. El contexto puede proporcionar mayores o menores oportunidades a un sujeto y es relevante para la personas por su capacidad de proporcionar oportunidades y promover el bienestar.

Tabla 2. Descripción de las habilidades adaptativas de la Dimensión II del Modelo Teórico de la Discapacidad Intelectual

Habilidades adaptativas	
Tipo	Ejemplos
Conceptual	Lenguaje
	lectura y escritura
	Dinero
	Autodirección
	Interpersonales
	Responsabilidad
Sociales	Autoestima
	no ceder fácilmente ante la manipulación
	no ser ingenuo
	seguimiento de reglas
	acatamiento de normas
Prácticas	evitar victimización
	Comer
	Desplazarse
	Aseo
	Vestido

Nota: Elaboración propia basado en Luckasson y cols., 2002a,p.42; 2003, p.61

3.2. Neurociencias y discapacidad intelectual

La naturaleza de la etiología de la discapacidad intelectual es múltiple, identificándose hasta la actualidad más de 250 causas que la originan. McLaren y Bryson (1987) luego de haber realizado 13 estudios epidemiológicos, llegan a la conclusión que se desconoce el origen de aproximadamente el 50% de los casos de la discapacidad intelectual leve y el 30% de las graves.

La discapacidad intelectual es consecuencia de alteraciones que aparecen en el cerebro de los seres humanos por múltiples causas. Según sea la causa originaria, serán distintos los procesos

cerebrales que se ven alterados y las formas en que la discapacidad se manifiesta. Por lo tanto, las bases neurobiológicas en la discapacidad son muy diversas.

La discapacidad intelectual (DI) alude a un funcionamiento general cuya característica es: presencia de un cociente intelectual (CI) menor a 70, una limitación en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. El inicio es antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002). Las limitaciones del CI se acompañan de dificultades adaptativas como las habilidades de la vida cotidiana, la comunicación y la socialización.

3.2.1. Etiología de la discapacidad intelectual.

La OMS reporta que la etiología de la discapacidad intelectual es desconocida en el 60% de los casos, pero informa que las causas que afectan de manera directa o indirecta el desarrollo encefálico, y a su vez la adecuada instalación/adquisición de habilidades mentales, cognitivas, del lenguaje y sociales, se agrupan en cuatro categorías, a saber: trastornos genéticos, trastornos cromosómicos, causas biológicas y orgánicas, y causas ambientales. Se destaca en la etiología la exposición a plomo, la OMS reporta que anualmente es responsable de al menos 600.000 casos de discapacidad intelectual a nivel global.

De acuerdo con el informe publicado por la Subsecretaría de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión del gobierno de la provincia de Córdoba (2015), los 20 principales diagnósticos por frecuencia son: accidente cerebro vascular (ACV), hipoxia perinatal, parálisis cerebral, retraso psicomotriz, nacimiento de alto riesgo, amputación, traumatismo cráneo encefálico, síndrome de Down, retraso mental, Parkinson, mielomeningocele, trastorno de conducta, Trastorno Generalizado del Desarrollo, parálisis braquial, traumatismo raquímedular, epilepsia, Guillain

Barre, Artrosis de cadera, hipoacusia, esclerosis múltiples. En el citado documento, también señala que según los C.U.D. emitidos en la provincia, el 46% son de discapacidad mental. En cuanto a los trastornos clínicos y retrasos mentales prevalentes, el 44% son de discapacidad intelectual, el 31% de trastornos de habilidades escolares, el 13% trastornos mentales y conducta y el 12% trastornos en el lenguaje.

Según González, Raggio-Risso, Boidi-Hernández, Tapié-Nicolini, y Roche-Lowezy (2013), la mitad de los niños con discapacidad intelectual permanecen sin diagnóstico etiológico a pesar de los avances médicos en los últimos tiempos.

Las causas del trastorno según DSM-IV y IV-TR son:

- a) Hereditarias en, aproximadamente, un 5 %. Ej.: síndrome de X frágil.
- b) Alteraciones en el desarrollo embrionario, aprox. un 30 % de los casos. Ej.: cromosómicas: síndrome de Down (trisomía 21), otras: consumo materno de alcohol (durante el embarazo), infecciones, etc.
- c) Problemas durante el embarazo y en el momento del parto (perinatales), aprox. un 10 %. Ej.: malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones víricas (rubéola), traumatismos, etc.
- d) Posnatales. Enfermedades adquiridas en la infancia y la niñez (encefalitis, meningitis, etc.), traumatismos, etc
- e) Entre un 15 y un 20 % de los casos son debidos a influencias ambientales: falta de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden, y a otros trastornos mentales graves (p.ej.: TEA autista).

González et al. (2013) estiman:

- causas genéticas (ej.: síndromes de Down y X frágil): 40 % de los casos,

- teratógenos ambientales y prematuridad: 20 %,
- enfermedades metabólicas (ej.: fenilcetonuria): 1-5 %, y
- múltiples causas: 3-12 %.

En la mayoría de los casos leves, la causa es desconocida aunque se apunta a la incidencia de factores sociales, en los demás casos suele haber una causa médica que explica el trastorno.

En el DSM-5 (APA, 2013) se sustituye el término de Retraso Mental que aparece en el DSM-IV (APA, 1995) y DSM-IV-TR (APA, 2000), por el de Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI), manteniéndose la subclasificación existente aunque con los nombres de:

1. TDI Leve
2. TDI Moderado
3. TDI Severo
4. TDI Profundo
5. Retraso Global del Desarrollo (por retraso mental de gravedad no especificada).

El cambio de terminología se debía haber hecho hace ya mucho tiempo y por la misma razón por la que el término retraso mental sustituyó a los términos de imbécil e idiota con los que se denominaban al RM leve, RM moderado y al RM severo hasta bien entrado el siglo XX: porque el término retraso mental puede resultar ofensivo y porta un carácter netamente peyorativo.

Los TDI quedan englobados en el DSM5, dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo.

Sugiere Jesús Flórez, que los seres humanos nacemos desiguales, puesto que cada uno recibe su propia matriz personal, siendo ésta el resultado de tres elementos constitutivos:

- Funciones cognitivas básicas.
- El Temperamento.
- El sexo.

Las capacidades cognitivas básicas, unas más que otras, están influidas o condicionadas genéticamente. Aproximadamente el 50% de la diferencia en inteligencia cognitiva se explica por herencia.

Existe un factor general de inteligencia cognitiva g , y que sobre él se perfilan otras habilidades sectoriales que pueden no ser uniformes; es decir, junto al factor general de inteligencia operan otras habilidades o “formas de inteligencia” que poseen distintos grados y calidades que lo condicionan y matizan. Dentro del factor general de inteligencia cabe señalar todo una serie de capacidades con cuyo conjunto queda definido el perfil general.

Son capacidades para:

- concentrar y mantener la atención
- administrar (retener y evocar) la memoria
- manejarse con su sistema lingüístico
- ordenar su conducta en el espacio y en el tiempo
- usar su sistema motor
- usar su pensamiento abstracto
- usar su comportamiento social

La diferente dosificación de todas estas funciones básicas constituye el perfil cognitivo de la matriz personal según Flórez (2014).

El segundo elemento constitutivo de nuestra matriz personal es el temperamento. Es el estilo con que evaluamos los estímulos y respondemos o reaccionamos afectivamente y activamente a ellos. Es una fuente primaria de ocurrencias. Son diferencias constitucionales en el modo de sentir, actuar, controlar la atención. El temperamento modula la actividad, la reactividad, la emocionalidad y la sociabilidad. Pero también influye sobre el entorno en que la persona vive:

nuestro temperamento condiciona las reacciones que suscitamos a nuestro alrededor: es un sistema de retroalimentación.

El tercer elemento es el sexo.

El sistema nervioso es el sistema por excelencia dentro de nuestro organismo que tiene como función esencial recibir información, procesarla y emitirla. Mantenemos relación con el ambiente exterior percibiendo la vida que nos circunda; gracias a él recibimos constantes señales de nuestro propio mundo interno; y respondemos a esas señales, las externas y las internas, para entrar en contacto con nuestro ambiente.

Es debido a nuestro peculiar sistema nervioso que somos capaces de manipular la información que recibimos, hacerla consciente, elaborarla y reelaborarla, codificarla, y crear pensamiento, adquirimos conciencia de nosotros mismos, dudamos o decidimos, podemos innovar, seguir la corriente o ir contra corriente, cerrarnos o abrimos e interrelacionarnos con los otros.

De allí radica la vital importancia del sistema nervioso, y dentro de él el cerebro, como elemento esencial de nuestra naturaleza, por ello cuando el sistema se encuentra alterado impacta directamente deteriorando funciones que debe servir.

La neurona es la célula clave, que gracias a su estructura y función está especialmente capacitada para recibir simultáneamente gran cantidad de información, codificarla, interpretarla y elaborarla y a su vez transmitirla en fracciones de segundo.

Una neurona consta esencialmente de:

a) Un cuerpo o soma, dentro del cual se encuentra el núcleo que es el elemento que guarda los cromosomas, por lo tanto los genes.

b) Una arborización que se extiende y expande en abundantes ramificaciones llamadas dendritas, las cuales contienen a su vez contienen unas pequeñas expansiones denominadas espinas.

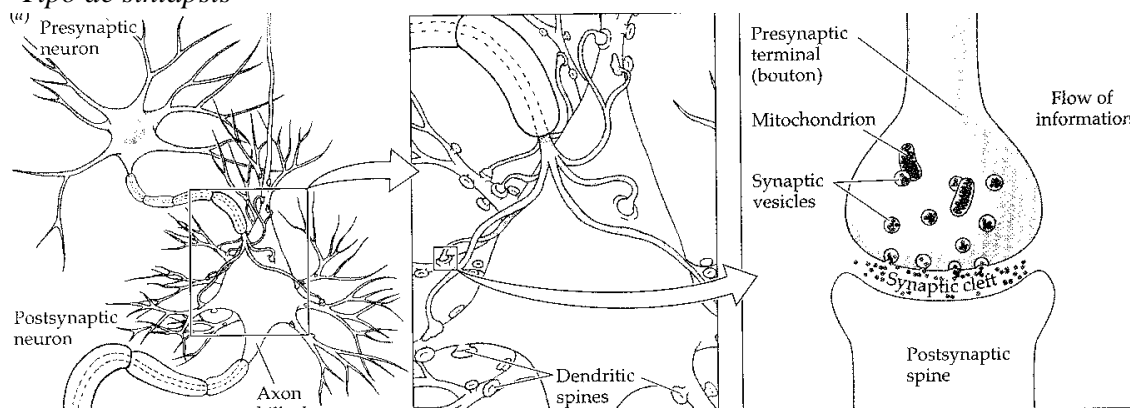
c) Una prolongación larga o corta, según el tipo de neurona, que al final también se bifurca y ramifica llamada axón o cilindroeje.

El Soma y las dendritas son las zonas de la neurona preparadas para recibir información proveniente de otras neuronas. El sitio de contacto entre la terminación axónica de una neurona y el soma o dendritas de otra con la que contacta para emitir información se llama sinapsis.

La Sinapsis es el órgano por excelencia de la comunicación entre neuronas. Esta comunicación se lleva a cabo mediante la emisión de unas moléculas químicas por parte de la neurona emisora llamadas neurotransmisores, que tienen la propiedad de activar otras moléculas situadas en el aparato dendrítico de la neurona receptora. El neurotransmisor sería una suerte de mensajero, tal como se puede ver en el **gráfico 1**.

Los miles de millones de neuronas de nuestro cerebro, están intercambiándose permanentemente información. Así es como elaboramos nuestros sentimientos, como prestamos atención, elaboramos una decisión, retenemos información en la memoria, expresamos un sentimiento de amor, ira, etc.

Gráfico 1
Tipo de sinapsis



Fuente: Flórez, J. (2014). *Farmacología humana*. Elsevier.

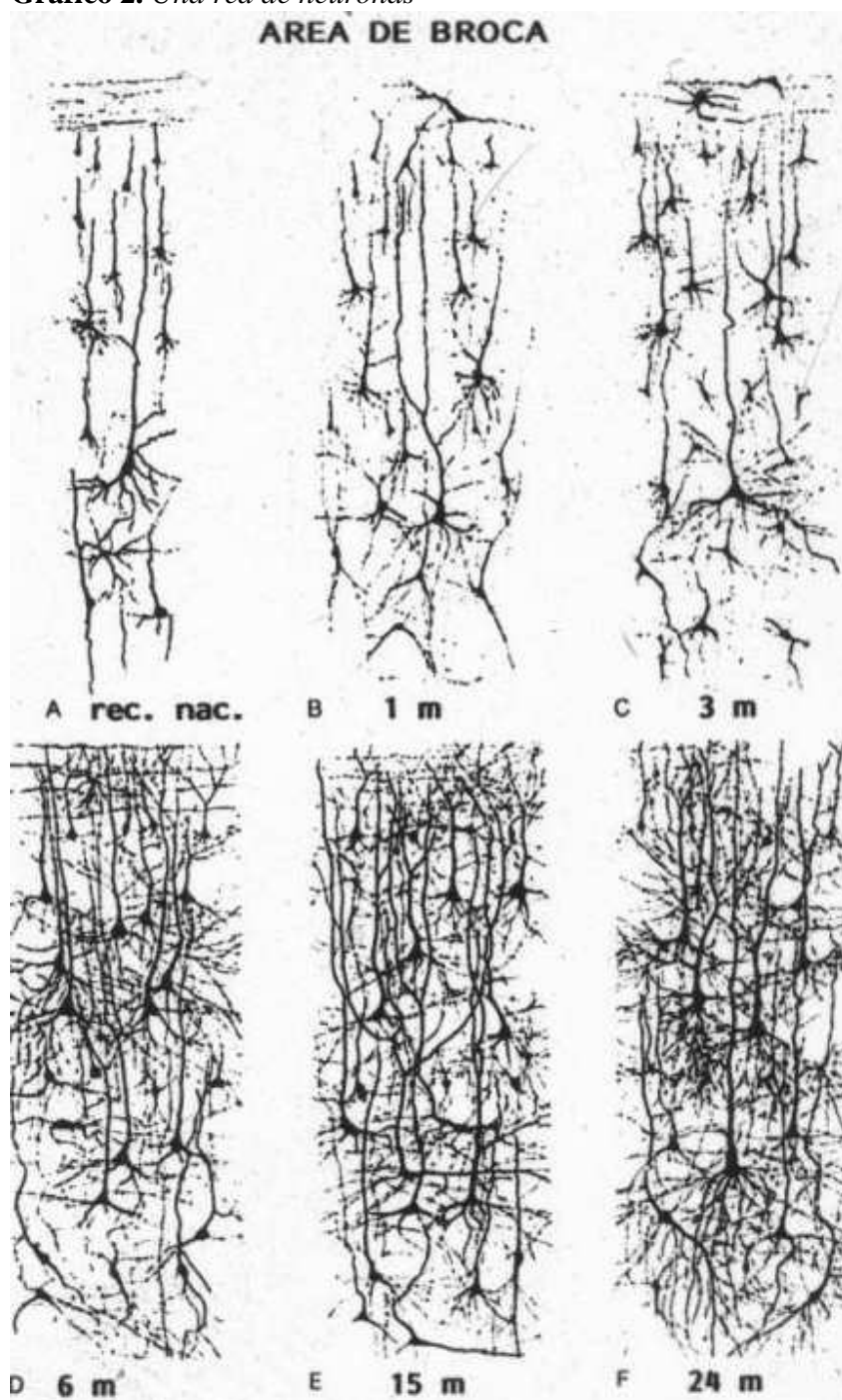
Las neuronas no constituyen un elemento estático, poseen plasticidad, lo que significa que su estructura y función, son en parte moldeables.

Un ambiente rico en estímulos facilita el pleno desarrollo neural, toda la extensión y calidad de contactos sinápticos. Los buenos estímulos refuerzan y estabilizan la función de las sinapsis.

Actualmente se sabe, que a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del cerebro, existe una pequeña zona en el hipocampo donde siguen naciendo neuronas a lo largo de toda la vida, y su producción aumenta cuando existen buenas condiciones de estimulación.

Podemos visualizar el desarrollo neural desde el nacimiento al primer mes, a los tres meses, seis meses, quince y veinticuatro meses respectivamente, en la localización cerebral del Área de Brocca.

Gráfico 2. *Una red de neuronas*



Fuente: Flórez, J. (2014). *Farmacología humana*. Elsevier.

Ante lo cual, según sea la causa originaria, que afecta a nuestro sistema nervioso serán distintos los procesos cerebrales que se ven alterados y las formas en que la discapacidad se manifiesta.

Magnánima tarea sería pretender describirlas a todas, pero siguiendo los estudios de Flórez, profundizaremos en las alteraciones que aparecen en el Síndrome de Down, siendo éste un tipo relativamente frecuente de TDI, con causa biológica conocida que consiste en una trisomía en el par 21. Se lo denomina también mongolismo por la apariencia oriental de la expresión facial, aunque así mismo se presentan alteraciones detectables a nivel de la lengua y en las manos.

3.2.2. Las neuronas en el síndrome de Down.

Por causa del desequilibrio originado por la sobreexpresión de los genes, hay:

- Deficiencia en la neurogénesis fetal: se forman en menor cantidad en determinadas regiones del cerebro.

- Deficiencia en la neurogénesis postnatal: se van renovando en menor proporción a lo largo de la vida en determinadas regiones: p. ej., hipocampo.

- Deficiencia en el número y extensión de las ramificaciones dendríticas.

- Deficiencia en el número y forma de las espinas dendríticas.

- Deficiencia en la mecánica y química de la transmisión sináptica.

Las referencias con respecto a modificaciones neuronales antes señaladas no aparecen en todas las regiones del cerebro y en las que aparecen tendrán un tamaño más reducido. Se observan, especialmente, en: el cerebelo, el hipocampo, la corteza prefrontal y en el lóbulo temporal.

Por lo tanto se aprecia:

- menor magnitud de las redes neuronales que se forman, imprescindibles para una acción coordinada e interactiva

- menor capacidad para transmitir los impulsos nerviosos de unas neuronas a otras

- mayor lentitud en la transmisión de la información

- menor consistencia en las conexiones (sinapsis) que se forman: son menos estables y más vulnerables

El cerebro crece menos, hay menos neuronas en algunas partes, las neuronas establecen menos conexiones sinápticas porque presentan alteraciones en las espinas dendríticas.

El **gráfico 3** es una muestra de un corte del hipocampo de una persona control (izquierda) y de otra con síndrome de Down (derecha). Se aprecia que el tamaño del hipocampo es menor en el síndrome de Down.

Gráfico 3. Comparación tamaño hipocampo



Fuente: Sylvester, P. E. (1983). The hippocampus in Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*.

El desarrollo motor (grosso y fino: tono muscular, movimientos, sentarse, gateo, ponerse de pie, andar, coger y manipular, etc.), el desarrollo sensorial, el fijar la atención, las diversas formas de memoria, el lenguaje, la habilidad para el cálculo, etc. dependen del funcionamiento coordinado y selectivo de muy diversas y concretas áreas y núcleos del sistema nervioso central.

Por consiguiente, los problemas que veamos en el desarrollo de cada niño dependerán de las alteraciones que se vayan generando a lo largo de esa primera época de su vida.

Existen actualmente técnicas de exploración que permiten visualizar por dentro el cerebro de una persona viva con inusitado detalle; un ejemplo es la resonancia nuclear magnética. Con estas técnicas se ha determinado cuáles son los sitios del sistema nervioso central de las personas con síndrome de Down que con más constancia e intensidad muestran un tamaño menor que los de las demás personas. Estos sitios son los siguientes:

- el hipocampo, el cerebelo, la corteza cingulada, la corteza prefrontal y la circunvalación temporal superior.

En la siguiente resonancia nuclear magnética (**Gráfico 4**) muestra una persona con Síndrome de Down, donde se observa el volumen menor de corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), de la corteza orbito frontal (OFC) y a la corteza cingulada anterior (ACG).

Gráfico 4
DLPFC OFC ACG



Fuente: Raz, N., Torres, I. J., Briggs, S. D., Spencer, W. D., Thornton, A. E., Loken, W. J., ... & Acker, J. D. (1995). Selective neuroanatomic abnormalities in Down's syndrome and their cognitive correlates Evidence from MRI morphometry. *Neurology*, 45(2), 356-366.

Los principales problemas detectados en el síndrome de down son:

A .Atención, iniciativa

- Tendencia a la distracción
- Escasa diferenciación entre estímulos antiguos y nuevos
- Dificultad para mantener la atención y continuar con una tarea específica
- Menor capacidad para autoinhibirse
- Menor iniciativa para jugar

B. Memoria a corto plazo y procesamiento de la información

- Dificultad para procesar formas específicas de información sensorial (sobre todo la auditiva), procesarla y organizarla como respuesta

C. Memoria a largo plazo

- Disminución en la capacidad de consolidar y recuperar la memoria
- Reducción en el tipo de memoria declarativa

D. Correlación y análisis

- Dificultades para:
 - integrar e interpretar la información
 - organizar una integración secuencial nueva y deliberada
 - conseguir operaciones cognitivas secuenciales
 - elaborar pensamiento abstracto
 - elaborar operaciones numéricas

E. Función ejecutiva

- Dificultades para:
 - adaptación a cambios de situaciones

- capacidad para inhibir la conducta
- planificación y resolución de problemas
- memoria operacional
- fluencia verbal
- mantenimiento de la atención

F. Comunicación y lenguaje

- Lentitud y extrema variabilidad en el desarrollo del lenguaje y el habla
- Lenguaje comprensivo (próximo a su edad mental) y expresivo (por debajo de su edad mental)

Problemas en:

- el cerebro (incluido el cerebelo)
- procesamiento de la información oída
- organización y planificación de lo verbal
- en el aparato fonatorio: macizo orofacial
- en el aparato respiratorio

3.2.3. Interacciones Sociales y Neurociencias.

Macleay describió tres porciones del cerebro, de acuerdo a su evolución y funciones actuales.

a) Cerebro Reptilíneo: hallándose en el tronco del encéfalo, que continúa a la médula espinal, siendo la porción más primitiva y antigua. Es el encargado de regular las funciones vitales como la respiración y el metabolismo, la producción de movimientos estereotipados y

preprogramados, presentándose afecta a los rituales. Millones de años después surge el cerebro límbico.

b) Cerebro Límbico: ubicado en el centro del encéfalo, propio de los mamíferos sucesores de los reptiles en la escala filogenética, necesitando de más tiempo para criar a su descendencia. Esta estructura mental lo hace posible, por los cuidados que sustenta. Encontramos entre otros centros a la Amígdala, en el hombre estas estructuras similares a una almendra, son bilaterales estando localizadas encima del tronco del encéfalo y en parte inferior del centro límbico.

El hipocampo y la amígdala tienen a su cargo la mayor parte del aprendizaje y la memoria. En momentos en que impera la urgencia, la amígdala puede decidir la acción antes de que la neocorteza se entere. LeDoux fue quien halló este cortocircuito de la información cerebral que explicaría muchos casos de impulsividad, descontrol e inconsciencia. Ante lo cual en situaciones de extremo peligro y estrés, las respuestas de fuga o lucha pueden emanar directamente de la amígdala, saltando la racionalidad de los lóbulos prefrontales. (Kertész, 1985)

Millones de años después, a partir de los dos niveles previos que siguen estando presentes surge la

c) Neocorteza: siendo sede de los procesos humanos más elevados, como el razonamiento lógico, conciencia de la propia existencia, creatividad, anticipación, planificación de nuestras acciones.

Investigaciones con escáneres cerebrales, (Eisenberger, 2008) mostró que personas que eran dejadas afuera de una actividad social tenían las mismas áreas del cerebro activadas que durante el dolor físico. El rechazo social duele de verdad, produce dolor físico.

Lieberman y Eisenberger, 2008 (citado en Bachrach, 2016) descubrieron que para las interacciones sociales utilizamos circuitos cerebrales similares a los de respuesta de supervivencia

del tipo acercarse o evitarlo. Dicho hallazgo permite ver cómo nos sentimos amenazados por diferentes tipos de interacciones sociales.

Las amenazas inciden de manera directa en el desempeño cognitivo como el resolver problemas, tomar buenas decisiones, manejar el estrés, colaborar y sentirte motivado empeoran bajo amenaza.

Bachrach, 2016 hace una distinción sobre los factores primarios que nos hacen sentir recompensados o amenazados. Refiere que los factores primarios clásicos que activan estas respuestas positivas de recompensa (el acercarse) son el dinero, el agua, el sexo, el refugio y las necesidades físicas para la supervivencia. Siendo que los factores sociales que también la activan son la felicidad, las caras atractivas, las recompensas en forma de estatus, certezas, autonomía, colaboración y justicia.

Por otro lado, los factores primarios clásicos que activan las respuestas de peligro y amenaza (a evitar) son castigos como el que te quiten dinero u otros recursos, un depredador o un arma. Siendo que los factores sociales o situaciones que también activan la amenaza son el miedo, caras desconocidas, y cualquier forma que te haga sentir una baja en tu estatus, tus certezas, autonomía, menos colaboración y la sensación de injusticia. De acuerdo a el modelo SCARF creado por David Rock (2008), los dominios cerebrales que son representados por las interacciones sociales, pueden hacernos sentir recompensados o amenazados y son: el estatus (S del inglés status) las certezas (C Certainty), la autonomía (A de autonomy), la colaboración (R de relatedness) y la justicia (F del inglés fairness).

El estatus se representa en relación con los demás, por ejemplo durante las conversaciones, trata sobre la importancia relativa el señority. El sentirte mejor que otra persona activa nuestros circuitos de recompensa aumentando los niveles de dopamina. Por ello sentir que quedamos

afuera de actividades, que no importa nuestro punto de vista, lo percibimos como una amenaza de reducción real o potencial de nuestro estatus y en este caso se activan las mismas áreas que durante el dolor físico. Así mismo percibimos un incremento de nuestro estatus cuando aprendemos y mejoramos en algo y recibimos retroalimentación positiva (feedback positivo).

Con respecto a las certezas, el cerebro se la pasa intentando predecir el futuro mediante la detección de patrones reconocidos sobre la base de su experiencia. La incertidumbre puede acarrear un efecto debilitante, el no saber que se espera de la actuación social, personal o profesional de uno, en cambio el acto de crear certezas ofrece una sensación de placer, por ejemplo el logro de metas acorde a las expectativas, activa la respuesta de recompensa aumentando nuestra dopamina.

La autonomía es la percepción de cuánto poder se puede ejercer para controlar el contexto y el ambiente que nos rodea. El grado de control que un organismo puede ejercer sobre un factor de estrés determina si ese estresor puede o no alterar el funcionamiento de ese organismo.

El concepto de colaboración está ligado al de confianza, cuanto mayor confianza hay entre los individuos, más grande será la colaboración y mayor la información que se compartirá.

Frente a situaciones que uno considera injustas, nuestro cerebro se sentirá amenazado. Los intercambios justos generan una sensación de placer. Muchas personas realizan trabajo voluntario para mejorar la comunidad donde viven y ayudar a otras personas en situación de necesidad, siendo reconfortante pues genera la sensación de que se está trabajando para bajar la injusticia en el mundo.

Siguiendo a Bachrach, plantea que es clave rescatar que la evidencia científica sobre este modelo del cerebro social refleja que no todas las personas nos sentimos amenazadas por las mismas situaciones, y de estos cinco dominios descriptos no todos los cerebros se comportan

igual frente a ellos. Pero el que conozcamos estos dominios y cómo funcionan nos puede permitir diseñar otras formas de motivación más efectivas para cambiar.

3.3. Déficit y Discapacidad

Se debe diferenciar entre lo que es déficit en sentido estricto y lo que constituye la discapacidad que se asocia a aquél. Un mismo déficit puede conllevar discapacidades de carácter muy distinto, en función de las características del medio en el que una persona con limitaciones debe desenvolverse. Y ahí hemos de tener en cuenta el medio físico, pero también todo aquello que condiciona sus relaciones y desarrollo personal: el medio familiar y social y, en el caso de la población más joven, el medio escolar.

Entendemos por déficit, la limitación o privación de alguna facultad o función. Habitualmente, el déficit tiene un carácter más estático y permanente.

Existen diversos impedimentos tanto visibles como invisibles y la medida en que estos se convierten en discapacidad depende de factores tales como: la actitud de otros hacia ellos (padres, maestros, vecinos), de si se satisface o no sus necesidades básicas, de las políticas que los excluyen o incluyen, de la accesibilidad del entorno y del acceso al apoyo básico para su desarrollo.

El constructo de discapacidad intelectual se engloba dentro del constructo general de discapacidad. Discapacidad intelectual ha surgido para enfatizar una perspectiva ecológica, que se centra en la interacción persona-ambiente y reconoce que la aplicación sistemática de apoyos individualizados puede mejorar el funcionamiento humano.

En la Declaración de Rosario sobre la autogestión de personas con discapacidad intelectual, en noviembre de 2012, luego del 2º Congreso Internacional sobre Discapacidad Intelectual, refieren sus participantes, con la colaboración de facilitadores, que la importancia de estos encuentros es “para que se conozcan nuestras necesidades y se respeten nuestros derechos. Nos sirvió para armarnos de valor, para reconocernos como personas, con poder de ser nosotros mismos e informar que existimos”.

Con suma claridad, se expresa en el informe mundial sobre discapacidad, OMS (2011), que el principal objetivo que se persigue al recopilar datos de la población con discapacidad es identificar estrategias para mejorar su bienestar.

3.4. Inteligencia y discapacidad intelectual

Es inevitable asociar discapacidad intelectual con inteligencia. Pero debe aclararse que hasta hace muy poco tiempo la inteligencia reconocida era la inteligencia intelectual y además se la consideraba como algo innato e inamovible. Alguien nacía inteligente o no y era imposible que por medio del aprendizaje pudiese girar el timón inexorable de no ser inteligente. Tanto es así, que, en épocas muy próximas, a las personas con limitaciones en sus capacidades no se les educaba, porque se consideraba que era un esfuerzo inútil. Hecho realmente aberrante.

Durante el siglo XX, la consideración del coeficiente intelectual (CI), basada en los test de inteligencia, ha marcado las prácticas escolares y profesionales, así como las acciones dirigidas a la inclusión de los sujetos que presentaban puntuaciones por debajo de las obtenidas por la población considerada “normal”. La discapacidad intelectual no ha sido la excepción.

La suposición de que los test de inteligencia presentaban una relación isomórfica entre proceso y conducta, junto a la calidad métrica que los avalaba, validaron una teoría intelectual subyacente, postulando la esencialidad de la configuración intelectual, mediante la cual se establecía el carácter de incurabilidad de las personas con discapacidad intelectual. Presentar un coeficiente intelectual bajo, los condenaba a permanecer fuera de ambientes sociales comunes. Posteriormente, dicho coeficiente se empleó para establecer la frontera que delimitaba todas sus capacidades, estuvieran o no incluidas entre las medidas por el CI (Carrillos Marcos 2012).

El estado de situación permanente incurable marcó las primeras definiciones de retraso mental de la Asociación Americana de Retraso Mental, adquiriendo un gran peso específico las evaluaciones centradas en los CI. Los resultados no tenían el mismo significado en todas las edades, por lo que se empezó acuñar un concepto nebuloso como el de la “edad mental” que, entre otras limitaciones, asumía una secuencia estable e inmutable en el desarrollo humano. Por esta razón, a los casos de de discapacidad intelectual se los denominaba “retrasados mentales”, indicando que su nivel de desarrollo no era el correspondiente a su edad.

Las pruebas de inteligencia nos brindan dos índices: Edad Mental (EM) y Coeficiente Intelectual (CI). La Edad Mental mide la maduración de ciertos comportamientos adquiridos por el individuo en el momento que realiza el test. El CI constituye la base del diagnóstico de discapacidad intelectual y su concomitante clasificación en niveles de gravedad. Sin embargo, refiere González-Pérez (2009) hoy en día, puede hablarse de cierta desacreditación debido fundamentalmente a tres razones:

- 1) Personas con un mismo CI pueden diferenciarse muy claramente en relación a sus aptitudes y especialmente con relación a su competencial social.
- 2) El CI por sí solo no ofrece mucha información sobre las necesidades de la persona.

3) Etiquetar y categorizar a las personas que presentan un déficit en el desarrollo mediante algo expresable en un simple número, favorece su desvalorización, su marginación y no aporta demasiado a descubrir qué servicios necesita para una adecuada atención.

Igualmente más allá de todas las críticas hechas, el CI obtenido mediante instrumentos estandarizados debe incluirse en la evaluación de cualquier persona con discapacidad intelectual como un elemento informativo importante.

Según Feuerstein (1980) los tests psicométricos no explican el funcionamiento cognitivo de los niños y adolescentes deprivados socioculturales y con bajos rendimientos académicos, porque se centran en cuantificar el producto, olvidándose de los procesos que siguen estos sujetos en la resolución de problemas. El resultado de esta evaluación conlleva la clasificación, el etiquetamiento y la marginación. La alternativa de Feuerstein consiste en estimar el potencial de aprendizaje en su doble acepción:

1. La capacidad que poseen muchas personas para pensar y desarrollar una conducta más inteligente que la observada a través de sus manifestaciones.
2. La modificabilidad que se consigue a través de un aprendizaje estructurado.

Actualmente, muchos de los test que evalúan la inteligencia general están inspirados en el test realizado en 1905 por Alfred Binet, el cual estaba orientado a la inteligencia académica, clasificando a los individuos en relación a su rendimiento académico. Éste ámbito no tiene especial relevancia para personas adultas con discapacidad, ni para la consecución del tipo de ajustes y competencias que puedan mejorar su calidad de vida.

Aunque claramente quedó demostrado la parcialidad de estos test, vinculada sólo a lo racional ya en los estudios de Ledoux (El cerebro emocional. 1999), Damasio (El error de Descartes

1994) y el mismo Goleman con su best seller “La inteligencia emocional” (1990), fue Gardner quien plantea en la “Teoría de las inteligencias múltiples” (1995) que hay más de un tipo de inteligencia, muchas de las cuales son posibles de desarrollar gracias a la inteligencia emocional.

Gardner (1995) define la inteligencia como la capacidad de resolver problemas y/o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas y no plantea una sola inteligencia con diferentes características, sino un conjunto de inteligencias múltiples, diferentes e independientes entre sí. De esta manera amplía el campo de lo que se considera inteligencia y afirma que la brillantez del científico no quiere decir que sea más inteligente en todos los aspectos de su vida.

Si la inteligencia es entendida como una capacidad, implica una forma de construir el mundo, de trazar distinciones, de mirar la vida. De centralizar la atención en ciertos aspectos del fenómeno que se observa de acuerdo al tipo de inteligencia que predomine en la persona. Todos los seres humanos son capaces de conocer el mundo desde ocho modos diferentes ya que son ocho las inteligencias descritas por Gardner. Las personas aprenden y el saber que asimilan lo implementan de diferentes maneras. Gardner cree que todos los seres humanos están capacitados para desarrollar ampliamente su inteligencia. Estas diferencias muestran la predilección por un área del conocimiento y constituyen un desafío al sistema educativo que estructura su plan de estudios de forma universal bajo la creencia de que todas las personas pueden aprender las mismas materias del mismo modo.

3.4.1. La Teoría de las inteligencias múltiples

Gardner (1995) describe las ocho inteligencias. En principio, define la *Inteligencia lingüística* propia de los líderes políticos, los escritores, los poetas, los buenos redactores. Utiliza ambos

hemisferios. Parece ser que los dos hemisferios contribuyen al procesamiento y la comprensión del lenguaje: el hemisferio izquierdo procesa el significado lingüístico de la prosodia. La “prosodia” es la cadencia del discurso, el ritmo, los tonos y el énfasis. El hemisferio derecho procesa las emociones comunicadas por la prosodia. Implica capacidad para comprender el orden y el significado de las palabras en la lectura, la escritura y también al hablar y escuchar. En el cerebro, lo que se llama *área de Broca* es la involucrada en procesar la gramática o sea la producción de oraciones gramaticales. Y el área de Wernicke que es la encargada de la comprensión del habla.

La segunda que observa de la Inteligencia *lógico matemática*; que es la que históricamente se ha considerado como la única inteligencia. Muestra la habilidad en la resolución de problemas matemáticos y de lógica. Por ende, posee un neto predominio del hemisferio izquierdo y es la inteligencia de los científicos, puesto que permite la deducción, sistematización en construcción de hipótesis y evaluación de las mismas, procesar información y contemplar numerosas variables en simultáneo. En los test mentales, principalmente los que exploran el cociente intelectual (CI), evalúan tanto la inteligencia lógico-matemática asociada con la lingüística, ya que la primera es no verbal y se desarrolla más en la idea, por lo tanto existe una notable complementariedad entre las dos inteligencias. Es la inteligencia que en general se encuentra en economistas, ingenieros, científicos, etc.

La *Inteligencia espacial* es la que consiste en formar un modelo mental del mundo en tres dimensiones; es la inteligencia que tienen los artistas, principalmente escultores, arquitectos, marinos, ingenieros, cirujanos, decoradores, fotógrafos, diseñadores y publicistas, entre otros. El hemisferio derecho es la parte del cerebro encargada del cálculo espacial. Es una capacidad que se utiliza desde la navegación, conducir un automóvil en pos de arribar a un lugar

desconocido, el uso de mapas, hasta en el juego del ajedrez y por supuesto, en artes gráficas y visuales, y el uso de tres dimensiones.

La *Inteligencia musical*, es la inteligencia que posibilita expresarse adecuadamente a músicos, cantantes y bailarines, compositores, críticos musicales, etc. Permite escribir, crear, analizar música, es la capacidad para cantar, bailar, escuchar, tocar instrumentos. En el hemisferio derecho se encuentran algunas áreas que no están del todo localizadas, relacionadas en la percepción y la producción musical.

La *Inteligencia corporal cenestésica*, es la capacidad para expresarse a través del cuerpo y para el desenvolvimiento de acciones que requieren fuerza, coordinación y equilibrio, rapidez, flexibilidad, hacer reparaciones o crear por medio de las manos, etc. Es la inteligencia de los artesanos, deportistas, cirujanos, artistas escultores, actores, modelos, bailarines, etc. El control del movimiento y dominio del propio cuerpo se localiza en nuestro cerebro precisamente en la corteza motora: cada hemisferio domina o controla los movimientos corporales correspondientes al lado opuesto. Es de gran importancia para el desarrollo de la especie humana, desde la habilidad de coordinar en macro, hasta resolver problemas que implican la habilidad de manejar herramientas.

La *Inteligencia intrapersonal*, es la inteligencia que permite conocerse y entenderse a sí mismo. Es la que posibilita realizar una introspección sobre los aspectos internos de una persona, concienciar la propia identidad, acceder al universo de sus emociones, interpretar las propias conductas en las acciones, conectar con el propio sistema de creencias, en síntesis, todo lo que compete con conectarse con el mundo interno.

Son los lóbulos frontales los que nos proporcionan la cuota analítica y crítica por sobre nosotros mismos y los prefrontales los que nos proveen de los valores morales que nos dirigen

sobre lo que está bien o lo que está mal. La inteligencia intrapersonal, es la capacidad para plantearse objetivos, concienciar las propias habilidades para darles curso, conocer el propio potencial acorde a las metas. Implica poder reflexionar sobre sí mismo generando el autoconocimiento

La *Inteligencia interpersonal*, es la inteligencia que permite comprender a otras personas, inclusive trabajar con gente, ayudar a las personas a identificar y superar problemas. Es la capacidad para detectar en otros desde estados de ánimo, características de personalidad, expectativas, hasta intencionalidad. Es la habilidad de lograr en la interacción humana, de captar intenciones, leer lenguaje implícito, mensajes paraverbales, cuestión de lograr de actuar de la manera más efectiva, de empatizar en las relaciones. Dentro de los aspectos neurofisiológicos, muestran a los lóbulos frontales y prefrontal que desempeñan un papel importante en el conocimiento interpersonal. Más allá que filogenéticamente, los seres humanos integramos sistemas que conllevan para la interacción social, cooperación, solidaridad, ayuda, liderazgo, elementos que generan cohesión y armonía grupal.

La *Inteligencia naturalista* es la capacidad para observar y estudiar la naturaleza, con el objetivo de conocer, clasificar y ordenar. Es propia de la que demuestran los biólogos y botánicos que agrupan especies o grupos de objetos y personas, y establecen diferencias y similitudes entre ellos. Gardner señaló que esta inteligencia tuvo sus orígenes en las necesidades del hombre primitivo de adaptarse al contexto, ya que debía reconocer cuales eran las especies que le permitían alimentarse, por ejemplo y cuáles eran las perjudiciales, construir elementos para la caza, para adaptarse al clima y sus cambios, poder guarecerse y protegerse de los peligros.

De acuerdo a este desarrollo, sería importante la incorporación de destrezas interaccionales en función del tipo de capacidad que tenga la persona con discapacidad intelectual (Ceberio y Gutiérrez ,2015). La detección del grado de capacidad mayor de acuerdo al tipo de inteligencia, permitiría el desarrollo de esa área, favoreciendo la capacitación de la persona con discapacidad y mejorando su nivel de adaptabilidad social. En el fuero de lo social, el discapacitado intelectual se encuentra atravesado por múltiples entrapas interaccionales que se focalizan, a nuestro criterio, en tres: el contexto social, su contexto educativo y el contexto familiar. Es decir, que la persona calificada de discapacitada carga con la rotulación, la segregación y discriminación social de su trastorno, el prejuicio educacional y la sobreprotección familiar, obstáculos que frenan su inserción social construyendo profecías que se autocumplen.

Si la perspectiva con que se interacciona con la persona discapacitada intelectual, es su discapacidad y no sus destrezas, de acuerdo a su tipo de inteligencia que posea; si la óptica es la imposibilidad, se terminará impotentiándolo, todo lo contrario a su *empoderización*. Esto se observa con frecuencia en el mercado laboral -y sabemos que el trabajo es una fuente identitaria muy importante- pero por sobre todo en la red social en sus múltiples versiones. Todos los comportamientos del medio en que se mueve, “hacen” a su discapacidad y si bien la finalidad es ayudar al protagonista, terminan incrementando el obstáculo a sus potenciales progresos.

La teoría de las Inteligencias Múltiples produjo un cimbronazo en el mundo académico y sus repercusiones alcanzaron rápidamente el área de educación, pues brinda un abanico de ocho maneras de educar. Gardner mismo propone que la escuela debería centrarse más que en proporcionar conceptos y basarse en métodos homogéneos, en desarrollar todos los tipos de inteligencia y, sobre todo, ponerse al servicio de facilitar a cada persona la posibilidad de alcanzar metas acordes a sus habilidades y a sus posibilidades. Asimismo, postula que además de

los contenidos básicos necesarios, el educador debería ayudar al educando a pensar en forma creativa.

Los que adhieren a esta teoría señalan como principal cambio una revisión de las metodologías de enseñanza, enfocándose en las capacidades de los individuos, antes de descartarlos o postergarlos porque no son eficientes en solamente una parte de su inteligencia. Esto habilitaría la integración de muchos, actualmente excluidos del sistema educativo, y ayudaría a repensar los que se considera como discapacidad mental.

En este sentido, el primer paso es considerar cuáles son las debilidades y fortalezas de cada persona y trabajar sobre ellas, brindándole el apoyo, los materiales y el estímulo necesario para desarrollar éstas últimas. En segunda instancia, el docente debe comprender cómo es que su alumno aprende y, de acuerdo a esto, adaptar su forma de enseñar, graduando las tareas y ajustando los objetivos sin urgencias. También es importante establecer un vínculo motivacional basado en las habilidades, lo que redundará en un mayor incentivo y confianza en sí mismo, que habilita mejores y mayores resultados.

Refiere Pellegrini (2015) que pese a que algunos sectores dedicados a la investigación de la inteligencia y a la educación han aceptado esta teoría, existen algunas observaciones que, parcial o totalmente, reniegan de ella. Una de las objeciones más fuertes es que esta propuesta no permite la medición, con lo cual resultaría un impedimento a la hora de elaborar categorizaciones y/o para establecer diagnósticos de discapacidad intelectual.

El autor antes mencionado señala que también la teoría de las inteligencias múltiples es acusada porque sus fundamentos son especulaciones ambiguas y subjetivas, ya que no existen trabajos verificables que den sustento a sus proposiciones. Además, se le remarca que lo que se considera “inteligencias” son, en realidad, formas de cognición. Algunos teóricos afirman que no

todas las inteligencias poseen el mismo valor; poner a todas en el mismo nivel implicaría desconocer la relevancia de unas respecto de las otras, ubicando al individuo en una posición de desventaja, al desarrollar habilidades secundarias y descuidar las más importantes. En este aspecto, se sostiene que es casi imposible llevarla a la práctica en el sistema educativo, principalmente en contextos aúlicos numerosos, donde el docente debería implementar tantas estrategias y planos alternativos como alumnos tenga a su cargo, lo que derivaría en una situación de caos permanente. Entre otras críticas, se plantea que la teoría no implica novedad alguna, sino el simple cambio del concepto “habilidades” por “inteligencias”.

Muchos de estos cuestionamientos consideran a las inteligencias separadas en compartimientos estancos, cuando existe una profunda imbricación entre unas y otras, siendo que ninguna funciona aisladamente. En cuanto a la imposibilidad de su aplicación práctica en el ámbito educativo, estas críticas parecen referir más a la incapacidad de renovarse.

3.4.2 El discurso de la inteligencia.

Los discursos, además de ser una modalidad enunciativa, definen valorizaciones sobre el enunciante, el lugar institucional y la posición que ocupa el sujeto, sostenía Foucault. Y desde allí nos preguntamos quién escucha y qué valor se le da al discurso de la persona con discapacidad intelectual.

Señala una gacetilla informativa del Ministerio de Desarrollo Social, Dirección de Discapacidad, de la provincia de Córdoba, en relación al trato que se le debe dispensar a una persona con discapacidad intelectual:

Si tengo limitaciones de comprensión

- Háblame con naturalidad
- Responde a mis preguntas, asegurándote de que te haya comprendido.
- Trátame de acuerdo a mi edad.
- Limita tu ayuda a lo necesario, procurando que me desenvuelva con la mayor autonomía posible.

Generalmente, se recibe a una persona con discapacidad como alguien al que hay que proteger si o si. En consonancia con el antiguo paradigma, donde la persona con discapacidad era percibida como un ser indefenso, acentuándose sus déficits y no propiciando un desarrollo, nos preguntamos sobre cuál es el imaginario simbólico y cultural que rodea a la discapacidad. Es probable que el silencio teórico sobre el discapacitado tenga algo que ver con la escasa repercusión pública de las demandas de los discapacitados y de la persistencia de ciertas formas de naturalización de la desigualdad que parecían superadas.

Estos elementos cobran sentido cuando accedemos a textos o prácticas médicas, políticas, educativas o sociales, porque siempre existe la intención de hablar sobre el otro (sobre el ser humano en condición de discapacidad intelectual).

Señala con claridad el informe mundial sobre discapacidad de la OMS (2011): se necesita investigar más para poder comprender más acabadamente qué elementos funcionan mejor con respecto a la evaluación de discapacidad e identificar las prácticas óptimas.

Diversos autores (Lentini, 2007; Silverkasten, 2006, Vallejos, 2012), ven que la forma de concebir la discapacidad intelectual misma y su abordaje como una herencia de la locura, ya que ambas comparten un origen construido a partir de la categoría de la anormalidad. A partir de toda clase de presunciones prejuiciosas e infundadas, la persona portadora de rasgos o comportamientos alejadas de los parámetros de lo esperable y socialmente aceptado, fue objeto

de abandono, exclusión, marginalización, encierro, reclusión, estigmatización, tortura, experimentación, y hasta de asesinato (Belgich, 2004; Foucault, 1996 y 1999; Galende y Kraut, 2006; Silverkasten, 2006). El único autorizado para hablar sobre la anormalidad, (Galende y Kraut, 2006), era el que ejercía el saber-poder: el jurista, el político, el filósofo, y luego recién, el médico psiquiatra.

Como dice Foucault (1996) a la palabra del loco, sólo se la interrogará tiempo después. El autor planteará al respecto: desde la Edad Media, el loco es aquel cuyo discurso no puede circular como el de los otros; llega a suceder que su palabra es considerada nula y sin valor, que no contiene ni verdad ni importancia, que no puede testimoniar ante la justicia, no puede autenticar una partida o un contrato. Durante siglos, la palabra del loco no era escuchada caía en el olvido - rechazada tan pronto como era proferida -, excluida, en un sentido estricto, no existía.

Según Oliver (1998) muchas veces la discapacidad es considerada una tragedia personal que les ocurre de forma aleatoria a los individuos, y los problemas de discapacidad exigen que los individuos se adapten a la tragedia o a la acepten. En las investigaciones se han empleado técnicas diseñadas para “probar” la existencia de estos problemas de adaptación. Consideramos que la investigación debe centrarse en identificar de qué forma la sociedad discapacita a las personas.

Foucault nos refiere que con la medicalización se llega a crear una especie de jerarquía de individuos capaces o menos capaces, el que obedece a una norma determinada, el que se desvía, aquel a quien se puede corregir, aquel a quien no se puede corregir. Toda esta especie de toma en consideración de los individuos en función de su normalidad, es uno de los grandes instrumentos de poder en la sociedad contemporánea.

Los caracteres que dan forma a la discapacidad intelectual constituyen un conjunto de sólidas certezas compartidas por diversos profesionales. Estas certezas ocasionan que la discapacidad intelectual no despierte interés alguno: no representa ningún desafío, inquietud o enigma terapéutico, refiere Tamburrino (2008). Se conoce cuáles son las consecuencias de la discapacidad intelectual para el sujeto. Se sabe que es un cuadro crónico e irreversible, y que el pronóstico es desfavorable aunque puedan funcionar de manera adecuada u organizada.

La terminología utilizada para denominar lo que actualmente se llama discapacidad intelectual ha cambiado históricamente. Durante los últimos 200 años, los términos han sido imbecilidad, debilidad mental, minusvalía mental, retraso mental y subnormalidad mental (Goodey, 2005; Mercer, 1992; Schroeder et al., 2002). En la actualidad la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAID), en su undécima edición, caracteriza a la discapacidad intelectual (DI) por una serie de limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa manifestado en habilidades sociales, prácticas, conceptuales entre otras que se ponen en evidencia antes de los 18 años de edad.

Esta conceptualización se sustenta en cinco premisas que preponderan el contexto a saber. Las premisas son una parte explícita de la definición porque clarifican el contexto en el que surgen e indican cómo debe aplicarse dicha definición. Las siguientes cinco premisas son esenciales para la aplicación de la definición de discapacidad intelectual:

1. Las limitaciones en el funcionamiento actual deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En un individuo, las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.

4. Un propósito importante de describir las limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

5. Con los apoyos personalizados apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará. (Luckasson et al., 2002).

En el DSM-V (APA, 2013) se sustituye el término de “retraso mental” que aparece en el DSM-IV (APA, 1995) y DSM-IV-TR (APA, 2000), por el de “Trastorno del Desarrollo Intelectual” (TDI), manteniéndose la subclasificación existente aunque con los nombres de: TDI Leve , TDI Moderado, TDI Severo, TDI Profundo y Retraso Global del Desarrollo (por retraso mental de gravedad no especificada).

El cambio de terminología se debía haber hecho hace ya mucho tiempo, aunque por la misma razón el término retraso mental sustituyó a los rótulos de “imbécil e idiota” con los que se denominaban al RM leve, RM moderado y al RM severo hasta bien entrado el siglo XX. Sin duda que el término retraso mental resulta ofensivo y porta un carácter netamente peyorativo y descalificatorio. Los TDI quedan englobados en el DSMV, dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo.

Las personas con discapacidad intelectual presentan las mismas necesidades que el resto de la población, como tener una vida independiente, el lograr reconocimiento de la identidad personal desarrollada a lo largo de su vida, poder elegir libremente su situación personal, vivenciar procesos de interacción social, establecer y mantener nuevas relaciones tanto a nivel familiar como comunitario, acceder a una educación integral permanente, que en el caso de las personas con discapacidad intelectual deberá además estar conformada por diversos apoyos y soportes

técnicos para un mejor desempeño de este colectivo a lo largo de toda su existencia, es por ello que consideramos fundamental una adecuada adquisición de Habilidades Sociales.

3.5. Modelos de la Discapacidad

3.5.1. Modelo de prescindencia.

En este modelo, se supone que las causas que dan origen a la discapacidad portan un motivo religioso, y en el que las personas con este tipo de diferencias se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, porque albergan mensajes diabólicos, porque son la consecuencia del enojo de los dioses y sus vidas no merecen la pena ser vividas. Recordemos las prácticas de exterminio ejercidas sobre las personas con discapacidad en la antigua Grecia, siendo arrojados del monte Taigeto. Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de los individuos con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que, asimismo, son tratadas como objeto de caridad y beneficiarios de asistencia, sostiene Aguado Diaz (1995).

3.5.2. Modelo médico.

Este modelo considera que la discapacidad es un comportamiento anormal del individuo, el síntoma o la manifestación externa de una alteración de su organismo. Esta visión médica juzga todas las afecciones de la condición de la salud como una enfermedad, donde se persigue una idea abstracta de salud, es decir, que la persona con discapacidad se considera como enferma permanente, en espera de una cura que en la mayoría de los casos es improbable.

Aquí la discapacidad es vista como un problema del individuo, pues es él quien presenta una anomalía física, sensorial o mental, lo que hace que su deficiencia y su falta de destreza sean el origen de sus dificultades, las mismas que hacen necesaria la rehabilitación centrada en el sujeto como paciente, quien requiere intervención médica individualizada, que debe ser dada por un profesional de la salud.

Dentro de los componentes más significativos y negativos de este modelo médico tradicional sería el posicionamiento que la persona adquiere al asumir y aceptar un rol de enfermo sin tener en cuenta sus derechos, pero tampoco sus deberes en los contextos próximos como puede ser la familia, la comunidad o el trabajo, ante lo cual se convierte en un individuo pasivo que ve el proceso de la rehabilitación como responsabilidad del personal de salud y con mínima implicancia de su parte. La atención en salud es considerada como una cuestión primordial. Este modelo se caracteriza porque existe una relación estricta de médico-paciente.

3.5.3. Modelo biopsicosocial.

Es una integración de los componentes del modelo médico y del modelo social; este último ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona.

Se enfatiza en la importancia de la expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales, capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad y, por tanto, su manejo requiere de la participación de otros. Es así como se da paso al modelo biopsicosocial, donde el ser humano es el eje central, y que toma los elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales.

Se considera la discapacidad como una deficiencia del individuo en actividades personales y en participación social. Este modelo aborda la discapacidad, principalmente, como un problema del sujeto desde diferentes dimensiones, aproximándose a un concepto integrador.

Sin embargo, algunos de los aspectos discutidos en este modelo son la fragmentación de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, así como la falta de integración de estos aspectos con elementos ambientales y sociales.

3.5.4. Modelo de rehabilitación basado en la comunidad.

El problema de la discapacidad no está limitado únicamente a la persona, involucra también a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a la cultura en general. Este concepto, y la falta de oportunidades de las personas con escasos recursos económicos para acceder a programas de rehabilitación formal, dieron origen a la rehabilitación basada en la comunidad, como una

metodología de trabajo que permite integrar de manera coordinada los diferentes actores sociales (las personas con discapacidad, la familia, la escuela, los empleadores, el Estado y la sociedad civil) en la búsqueda de alternativas orientadas a la integración social de las personas con discapacidad, a través de la participación activa de la sociedad y tomando en cuenta los recursos existentes.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el concepto de rehabilitación basada en la comunidad debe interpretarse como un enfoque extenso que abarca desde la prevención de la discapacidad y la rehabilitación en la atención primaria, hasta la inserción de niños con discapacidad en centros escolares normales, y la posibilidad de desarrollar actividades económicas lucrativas en el caso de las personas adultas con alguna discapacidad. Es una alternativa para brindar atención integral, aprovechando los recursos personales, comunitarios y del Estado.

El enfoque de un programa de rehabilitación basada en comunidad, debería tender a correrse del modelo médico: diagnóstico-prescripción, para poder de esa manera implementar un modelo de integración que comprenda la readaptación profesional, la reinserción laboral y la adaptación a la comunidad. En función de ello, la propuesta es hacia un programa de integración comunitaria.

Este tipo de programas tiene tres pilares:

- Organización de los servicios: personal profesional, especialistas en readaptación, disponibilidad de recursos financieros, materiales, etc.
- Formación del personal de desarrollo comunitario y apoyo técnico.
- Promoción de la integración.

3.5.5. Modelo social-ecológico.

Hoy en día se ha dado paso a una visión todavía más amplia, holística, para el abordaje de la problemática de la discapacidad, con el ánimo de mejorar la calidad de vida de esta población, fundamentada en que las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, y se relacionan básicamente con la percepción que tienen del ambiente, con el conocimiento aprendido en vivencias anteriores, con sus sentimientos, costumbres y tradiciones.

Los modelos ecológicos son ampliamente reconocidos en el trabajo desarrollado por Bronfenbrenner (1987) , quien trabajó desde el campo de la psicología evolutiva el modelo de rehabilitación integral, que enmarca todos los componentes necesarios para lograr integrar el nuevo concepto de la discapacidad y el verdadero significado de la calidad de vida, lo que brinda un sentido de referencia y orientación desde una perspectiva individual, principio primordial para mejorar el bienestar de la persona en situación de discapacidad.

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. Esto quiere decir que la persona con discapacidad estaría siendo condicionada por diferentes factores a lo largo de su vida, dichos factores van ejercer un impacto único así como una respuesta particular en cada persona.

El primer nivel, denominado microsistema, hace referencia a las características propias del individuo como su apariencia física, temperamento, tipo de discapacidad. Es el contexto social inmediato como la familia, hogar, grupo de iguales, que afecta directamente a la vida de la persona.

El mesosistema muestra la comunidad donde vive la persona, su familia, e impacta directo en el funcionamiento del microsistema.

A su vez, estos sistemas se encuentran dentro del macrosistema que permite visualizar las influencias sociales, culturales y políticas de la sociedad en general.

Hemos pasado de un paradigma centrado en el déficit de las personas, de lo que no eran capaces de hacer por sí mismas a un paradigma centrado en el contexto, en las ayudas que deben brindarse para que cada persona pueda aprender y desarrollarse.

Según Verdugo Alonso (2002) las bajas expectativas que tienen profesionales, padres, docentes y sociedad respecto a las posibilidades de las personas con discapacidad intelectual es uno de los principales problemas que se debe afrontar.

La importancia de este cambio progresivo en el constructo de discapacidad es que la discapacidad intelectual no siga siendo considerada, únicamente, como un rasgo absoluto, invariable de la persona. Más bien, el nuevo constructo socioecológico de discapacidad intelectual, permite ver la interacción entre la persona y su ambiente; se centra en el papel que pueden tener los apoyos individualizados en la mejora del funcionamiento del individuo.

Dilts y Epstein (1997) sostienen que si un alumno no tiene relaciones en el entorno del colegio (está solo en el patio, no tiene amigos, vuelve a casa sin compañía y su mejor amigo es la computadora), pero aprueba todas las asignaturas, nadie piensa que ese chico tiene dificultades de aprendizaje. Sin embargo, no ha aprendido a establecer o manejar el tipo de relaciones esenciales en la educación. En el sistema escolar, no se suele tener en cuenta ese aspecto.

En nuestra práctica educativa diaria asistimos a este tipo de situaciones frecuentemente, donde el cumplimiento de la tarea ocuparía un lugar preponderante con respecto a las relaciones, de allí

que nuestro objetivo de investigación, esté centrado justamente en la temática de las habilidades sociales, para la adquisición y desarrollo de dichas capacidades relacionales.

Siguiendo a los citados autores, diremos que las tareas y las relaciones son dos dimensiones de igual relevancia, y que para tener éxito en la tarea tendrán igual importancia tanto el sentido de la identidad y las creencias que se fundan en las relaciones, como las capacidades, el comportamiento y el entorno.

3.6. Barreras en la discapacidad

La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud) manifiesta que por barreras se entiende a todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona, que a través de su ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial apropiada, actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, así como servicios, sistemas y políticas que no existen o que específicamente dificultan la implicación de todas las personas, con una condición de salud que conlleve una discapacidad, en todas las áreas de la vida.

3.6.1. Barreras de actitud.

Estas barreras son las más básicas y contribuyen a otras. Por ejemplo, algunas personas pueden no ser conscientes de que las dificultades para llegar o entrar a un lugar pueden limitar la

participación de una persona con una discapacidad en las actividades comunes de la vida cotidiana. Ya sea que nacen de la ignorancia, el miedo, la incomprensión o el odio, estas actitudes evitan que la gente aprecie y experimente todo el potencial que una persona con una discapacidad puede alcanzar. Una forma de este prejuicio es conocida como el efecto de extensión, donde la gente trata a una persona con discapacidad como si su discapacidad se hubiese extendido a otros sentidos o habilidades. Del mismo modo, una actitud positiva o negativa acerca de todas las personas con discapacidad que es de carácter absoluto, y no basada en una experiencia con una persona con discapacidad o una suposición social, puede crear expectativas injustas para la persona con discapacidad en el entorno laboral.

Las barreras de actitud pueden llevar a las personas con discapacidad a ser tratadas con condescendencia por los que los rodean. Algunos miembros de la sociedad puedan creer que las personas con discapacidad no pueden realizar las mismas tareas que los demás y que cuando cumplen o superan las expectativas son tratadas como si sus acciones fueran valientes. Esto puede conducir a ubicarlos en puestos de trabajo de baja calificación, estableciendo diferentes niveles de trabajo o esperar que un trabajador con una discapacidad aprecie la oportunidad de trabajar en lugar en lugar exigir la igualdad salarial, de prestaciones, de oportunidades y de acceso a las instalaciones del lugar de trabajo. Sentir lástima por las personas con discapacidad e inclinarse hacia la caridad, puede hacer que una persona con discapacidad se sienta incómoda y privada de la oportunidad de vivir y trabajar de forma independiente.

Estereotipos: Las personas a veces estereotipan a aquellos que tienen discapacidades, al asumir que su calidad de vida es mala o que no están sanos debido a sus deficiencias.

Estigma, prejuicio y discriminación: Dentro de la sociedad estas actitudes pueden provenir de las ideas que las personas tienen acerca de la discapacidad: las personas pueden ver la

discapacidad como una tragedia personal, como algo que se tiene que curar o prevenir, o como un signo de incapacidad de comportarse en sociedad como se espera.

Actualmente está mejorando el entendimiento de la sociedad acerca de la discapacidad al aceptar la “discapacidad” como lo que ocurre cuando las necesidades funcionales de una persona no son abordadas en su entorno físico y social. Si la discapacidad no se considera como un déficit o limitación personal, y en cambio se concibe como una responsabilidad social por la que todas las personas puedan ser apoyadas para llevar vidas independientes y plenas, se hace más fácil reconocer y abordar las dificultades que todo el mundo enfrenta, incluidos aquellos con discapacidades.

3.6.2. Barreras de comunicación.

Estas barreras las enfrentan personas que tienen discapacidades que afectan la audición, el habla, la lectura, la escritura o el entendimiento y que usan maneras de comunicarse diferentes a las que usan quienes no tienen estas discapacidades. Los ejemplos de barreras de comunicación incluyen:

Mensajes de promoción de la salud escritos con barreras que impidan que las personas con deficiencias de la visión los reciban. Entre estas están: uso de letra pequeña o falta de versiones del material con letra grande, y no disponibilidad de Braille o versiones para lectores de pantalla.

Mensajes de salud auditivos que puedan ser inaccesibles para las personas con deficiencias de audición. Estos incluyen: videos que no tengan subtítulos, y comunicaciones orales que no estén acompañadas de interpretación manual (como el lenguaje por señas americano).

El uso de lenguaje técnico, las frases largas y las palabras con muchas sílabas pueden ser

barreras significativas para el entendimiento por parte de las personas con deficiencias cognitivas.

3.6.3 Barreras físicas.

Estas barreras son obstáculos estructurales en entornos naturales o hechos por el hombre, los cuales impiden o bloquean la movilidad (desplazamiento por el entorno) o el acceso. Los ejemplos de barreras físicas incluyen:

- escalones y curvas que le bloqueen a una persona con deficiencias motoras la entrada a una edificación o le impidan el uso de las aceras;
- equipo para mamografías que requiera que una mujer con deficiencias motoras esté de pie; y ausencia de una báscula que acomode sillas de ruedas o a personas con otras dificultades para estar de pie.

3.6.4. Barreras políticas.

Estas barreras con frecuencia están ligadas a la falta de concientización o con no hacer cumplir las leyes y regulaciones existentes que exigen que los programas y las actividades sean accesibles para las personas con discapacidades. Los ejemplos de barreras políticas incluyen:

- negarles a las personas cualificadas que tienen discapacidades la oportunidad de participar o beneficiarse de programas, servicios u otros beneficios con financiación federal;
- negarles a las personas con discapacidades el acceso a programas, servicios, beneficios, o las oportunidades de participar como resultado de las barreras físicas; y negarles a las personas

cualificadas que tienen discapacidades modificaciones razonables para que puedan realizar las funciones esenciales del trabajo para el que se postularon o han sido contratadas para realizar.

3.6.5. Barreras programáticas.

Estas barreras limitan la prestación eficaz de un programa de salud pública o atención médica para las personas con diferentes tipos de deficiencias. Los ejemplos de barreras programáticas incluyen:

- horarios inconvenientes;
- falta de equipo accesible (como equipo para mamografías);
- insuficiente tiempo destinado para los exámenes y procedimientos médicos;
- poca o ninguna comunicación con los pacientes o participantes; y
- actitudes de los proveedores, conocimientos y entendimiento de las personas con

discapacidades.

3.6.6. Barreras sociales.

Estas barreras tienen que ver con las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, aprenden, trabajan y envejecen –o con los determinantes sociales de la salud– que pueden contribuir a reducir el funcionamiento entre las personas con discapacidades.

3.7. Análisis funcional de la conducta

La importancia de la relación entre la conducta esgrimida por parte de una persona con discapacidad intelectual, sus consecuencias y los patrones únicos que pudieran provenir de determinadas clases de relaciones, ameritan una pesquisa minuciosa de las consecuencias que mantienen las conductas no deseables, así como aquellas conductas deseables pasibles de ser reforzadas.

El no surgimiento de conductas deseadas en situaciones determinadas pudiera derivarse de distintas posibilidades como el reforzamiento poco frecuente, el castigo de la conducta, o un fracaso para desarrollar dicha conducta.

Las consecuencias podrían tener una serie de fuentes, como ser las reacciones sociales, las emociones, factores fisiológicos, los acontecimientos ambientales y las cogniciones.

De acuerdo con las modalidades propuestas por Lazarus (1981) del Basic I.D, Collins y Collins (1992) sugieren la utilización de un marco similar para la evaluación de las categorías que pudieran ser relevantes para las habilidades sociales. Categorías como Conducta, Emociones, Sensaciones, Pensamientos, Relaciones, Imaginación, Drogas y estado fisiológico general y Ambiente.

1- La conducta constituye el aspecto manifiesto de las habilidades sociales, tanto en su concepto molar, es decir global, como en la consideración de sus elementos moleculares o específicos.

2- Las emociones positivas como el placer o el agrado, pueden ayudar al mantenimiento de la conducta socialmente habilidosa, que las produce, en tanto que las emociones negativas como el temor por ejemplo, puede servir para debilitar ciertas conductas no habilidosas. Una joven con

discapacidad intelectual que pudiera mostrarse nerviosa, hablar demasiado rápido y tener un contacto ocular insuficiente. Su elevada ansiedad no sólo sería perturbadora, sino que también la conducta operante resultante, podría interferir con la obtención de refuerzos positivos. Un individuo que teme las situaciones sociales puede evitarlas, alejando la posibilidad de conocer a nuevas personas y la cuota de placer experimentada, producto de la interacción social.

3- Las sensaciones asociadas con la ansiedad pueden constituir un obstáculo para actuar de forma socialmente adecuada y la inducción de sensaciones de relajación y tranquilidad puede ser parte de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) (Caballo, 1991; Caballo y Carrobbles, 1989).

4- La constatación de presencia de pensamientos negativos en sujetos poco habilidosos socialmente es muy frecuente en la literatura sobre el tema y constituye un elemento diferenciador entre individuos socialmente habilidosos y no habilidosos (Caballo, 1987; Caballo y Buela, 1989; Glass y cols., 1982; Schwartz y Gottman, 1976).

5- Según Caballo la imaginación sería un aspecto olvidado en la terapia de la conducta (Caballo, 1991) siendo que este tipo de proceso cognitivo puede ser muy importante para la conducta social de algunos individuos, más aún pensándolo en el colectivo de personas con discapacidad intelectual, pertinente para el presente trabajo escrito. Imágenes automáticas sobre los resultados de una actuación social pueden favorecer (imágenes de resultados positivos) o inhibir (imágenes de resultados negativos) la conducta social de la persona. Siendo que la imagen correcta o incorrecta, que se almacene de un acontecimiento puede servir para facilitar u obstaculizar luego conductas sociales.

6- Las relaciones interpersonales como por ejemplo familia y amigos, (sobre este punto nos explayaremos más adelante) en las personas con discapacidad intelectual cobran una marcada

relevancia, pudiendo ayudar u obstaculizar el cambio de conducta social del individuo. Una buena red social podría ayudar a modificar conductas sociales inadecuadas y al mismo tiempo, un aumento de la habilidad social podría fortalecer y aumentar la red social que rodea a la persona con discapacidad intelectual.

7- Las drogas y el estado fisiológico de la persona, por ejemplo deficiencias nutricionales, cambios hormonales, tratamiento medicamentoso, daño basal en su sistema nervioso, etc. pueden afectar su conducta.

8- El ambiente es otro factor relativamente olvidado en el campo de las habilidades sociales. La presión del contexto sobre el individuo es a veces tan potente que sin una modificación del ambiente del sujeto, los objetivos que se persigan en el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) serán más difíciles de conseguir.

La perspectiva creada por Arnold Lazarus en 1973, que denominó a su orientación como 'terapia multimodal', es más bien una descripción del estado integrativo y actual de una persona, a partir de cada uno de los siete modales (Kertész, 2005).

Nuestras conductas, respuestas afectivas, sensaciones, imágenes y cogniciones no se producen en el vacío. En esencia somos seres sociales. Nuestras relaciones interpersonales subyacen a muchas de nuestras alegrías y tristezas y en consecuencia contribuyen de forma tan básica sobre nuestras satisfacciones vitales o sobre su carencia que merecen un lugar específico en nuestro esquema.

Capítulo 4: La educación especial en la Argentina

En todos los Estados Modernos, el sistema escolar se constituyó con una clara vocación homogeneizadora, pues para formar una nación era preciso constituir a los habitantes en ciudadanos. La inculcación de un conjunto básico de significaciones comunes se convirtió en un factor de integración nacional. Para ello la institución se propuso combatir los particularismos y reducir las diversidades socioculturales (Fanfani, 1993). La Ley 1420 del año 1884 tenía por objetivo fundamental la homogeneización del pensamiento y los saberes del pueblo, lo cual era una tarea compleja debido a la variedad de costumbres y tradiciones de la gran cantidad de inmigrantes. Ese crisol de razas debía ser unificado. Con el transcurrir del tiempo, esa ley llevó a que el sistema educativo se dividiera en dos subsistemas: la educación común y la educación especial.

La educación especial tomó una orientación basada en el modelo médico, el cual ponía el énfasis en el déficit y favorecía la segregación. Se apoyó durante casi todo el siglo XX sobre la convicción de que a niños diferentes les convenían ámbitos diferentes (Lus, 1992).

Durante el desarrollo de la educación especial en Argentina, las escuelas especiales se caracterizaron por tener una menor cantidad de niños por maestro, lo cual favorecía la individualización de la enseñanza. También se trabajaba con equipos multidisciplinarios, usando una didáctica especial para cada categoría de discapacidad.

En la década del '60 comienzan a realizarse las primeras integraciones escolares de niños con necesidades educativas especiales, principalmente de origen sensorial y motor. Se tratan de integraciones espontáneas, que no formaron parte de un plan general nacional o provincial

En el año 1973, se crean en la Ciudad de Buenos Aires las escuelas especiales de recuperación, destinadas a niños con dificultades de menor gravedad, que eran derivados por la escuela común. La ley que promulga la creación de estas escuelas, especifica que éstas atenderán defectivos pedagógicos no incluíbles en escuelas diferenciales y con problemática especial para la escuela común, que podrán superar las dificultades de aprendizaje y luego integrarse eficazmente al medio escolar de origen. Se buscaba disminuir las tasas de repitencia y deserción, manteniendo el mismo currículum que las escuelas comunes, pero aplicando técnicas y metodologías adecuadas. En menos de diez años, se concretaron 16 escuelas de recuperación.

En 1988 se lanzó el Plan Nacional de Integración, dependiente del Ministerio de Educación y Cultura de la Nación. Muchas jurisdicciones comenzaron a realizar experiencias de integración escolar, respaldadas por las direcciones de educación especial.

Diez años después, y en el marco de la Ley Federal de Educación, se firma en el Consejo Federal de Educación el Acuerdo Marco para la Educación Especial y el Acuerdo Marco sobre la Evaluación, Acreditación y Promoción donde se establece que:

La educación especial es un continuo de prestaciones educativas, constituido por un conjunto de servicios, técnicas, estrategias, conocimientos y recursos pedagógicos, destinados a asegurar un proceso educativo integral, flexible y dinámico a personas con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, brindado a través de organizaciones específicas y apoyos diversificados.

Las necesidades educativas especiales son las experimentadas por aquellas personas que requieren ayudas o recursos que no están habitualmente disponibles en su contexto educativo,

para posibilitarles su proceso de construcción de las experiencias de aprendizaje establecidas en el Diseño Curricular. (Ministerio de Educación, 1998:1)

A diferencia de lo que acontecía con la anterior Ley Federal de Educación donde el discurso predominante, tanto a nivel internacional como nacional, había llegado a responsabilizar a la educación especial de la educación inclusiva a través de la atención a la diversidad, en el año 2006, con la sanción de la Ley de Educación N°26.206 (LEN) cambia este panorama, pues se plantea la corresponsabilidad de todo el sistema educativo en el cuidado de la trayectoria escolar de todos los estudiantes.

4.1. Evolución histórica de la educación especial

Desde sus orígenes, la educación especial estuvo muy ligada a la medicina. Aportes como los de Montessori, Decroly y Binet permitieron abrir un camino orientado al campo pedagógico. Pero es sobre todo a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), en la que se reconoce el derecho de todas las personas a la educación, que la educación especial comienza a adquirir una perspectiva inclusiva. A fines de la década de los años '50, en los países escandinavos se acuña el concepto de “normalización” en las prácticas terapéuticas y educativas. En la década del '60, en los países desarrollados, se proclaman las primeras leyes y normas en la atención de las personas con discapacidad.

No obstante, es el informe Warnock, presentado en 1978 en Inglaterra, lo que marca un nuevo paradigma en la educación especial. Este documento manifiesta que la educación consiste en la satisfacción de las necesidades especiales de un niño con objeto de acercarse, en lo posible, al

logro de los fines generales de la educación, que son los mismos para todos, es decir, aumentar el conocimiento del mundo en que viven y proporcionarles toda la independencia y autosuficiencia de que sean capaces (Warnock, 1978). Este informe fue la base de la aparición de un nuevo concepto: el de alumnos con necesidades educativas especiales. Asimismo, una de las conclusiones de dicho trabajo proclama que cualquier recurso de educación especial tiene que ser considerado como adicional o complementario de los recursos ordinarios, y no como un recurso alternativo y separado, como se lo consideraba hasta ese momento.

En 1990, en Tailandia, tiene lugar la Conferencia Mundial de Educación para todos. En esta, los 155 gobiernos presentes suscriben a una Declaración Mundial y un Marco de Acción, en el cual se señala que no se puede asegurar una educación de calidad excluyendo del sistema educativo al alumnado más vulnerable, como pueden ser los niños con necesidades especiales por razones de una discapacidad (Echeita, 2000). Cuatro años más tarde, en Salamanca 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales definen el concepto de necesidades educativas especiales. Se propone que las escuelas acepten a todos los niños, independientemente de sus condiciones personales, para lo cual se hace imperante las reformas en el sistema educativo. En este encuentro comienza a plantearse el concepto de escuela inclusiva, entendiendo la inclusión no sólo como una cuestión de acceso sino, principalmente, de calidad.

Asimismo, en la VII Reunión de Ministros de Educación de América Latina y Caribe, en 1996, se señala la necesidad de fortalecer las condiciones y estrategias que favorezcan el desarrollo de las escuelas para atender a niños con necesidades especiales o que presenten dificultades de aprendizaje. Se indica que las escuelas integradoras promueven la igualdad de oportunidades, proporcionan una educación más personalizada, fomentan la solidaridad y

cooperación entre los estudiantes y mejoran la calidad de la enseñanza y eficiencia de todo el sistema educativo.

El derecho humano de toda persona a la educación se definió por primera vez en la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por las Naciones Unidas en 1948, y se enunció en más detalle en varios convenios y convenciones internacionales, entre ellos, la Convención sobre los Derechos del Niño y, recientemente, en la CDPD (Convención para las Personas con Discapacidad). En 1994, la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, que se llevó a cabo en Salamanca (España), elaboró una declaración y un marco de acción. En el marco de la Declaración de Salamanca, se instó a los gobiernos a diseñar sistemas educativos que respondan a diversas necesidades de manera tal que todos los alumnos tengan acceso a escuelas comunes que los integren en una pedagogía centrada en el niño. (Informe Mundial de Discapacidad, 2011, p 232)

Según el Informe Mundial de Discapacidad, hay entre 93 millones y 150 millones de niños (de 0 a 14 años) que viven con algún tipo de discapacidad. Históricamente, muchos niños y adultos con discapacidad han quedado excluidos de las oportunidades educativas convencionales. En la mayoría de los países, los primeros esfuerzos por proporcionar educación y formación profesional se emprendieron, por lo general, a través de escuelas especiales separadas, que habitualmente estaban destinadas a deficiencias específicas, como las escuelas para personas ciegas. Estas instituciones prestaban asistencia a una pequeña proporción de aquellos que necesitaban ayuda y no eran eficaces en función de los costos: estaban ubicadas generalmente en las zonas urbanas y solían aislar a las personas de sus familias y comunidades. La situación recién empezó a cambiar cuando se comenzó a exigir por ley la inclusión de los niños con discapacidad en los sistemas educativos. Todos los países deberían tener como

prioridad lograr que los niños con discapacidad reciban una educación de buena calidad en un entorno inclusivo.

En el marco de la CDPD de las Naciones Unidas, se reconoce el derecho de todos los niños con discapacidad a ser incluidos en los sistemas educativos generales y a recibir apoyo individual cuando lo necesiten. Se requieren cambios sistémicos para eliminar barreras y proporcionar servicios de apoyo y ajustes razonables a fin de garantizar que los niños con discapacidad no queden excluidos de las oportunidades educativas convencionales.

La mencionada Convención señala que la inclusión de los niños y los adultos con discapacidad en la educación es importante principalmente por cuatro razones:

- La educación contribuye a la formación de capital humano y, por lo tanto, es uno de los principales factores determinantes del bienestar y la prosperidad de las personas.
- La exclusión de los niños con discapacidad de las oportunidades de educación y empleo tiene elevados costos sociales y económicos. Por ejemplo, los adultos con discapacidad suelen ser más pobres que las personas sin discapacidad, pero la educación reduce esta asociación.
- Los países no podrán alcanzar la educación para todos o los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM) relativo al logro de la educación primaria universal si no garantizan el acceso a la educación de los niños con discapacidad.
- Los países signatarios de la CDPD no pueden cumplir sus responsabilidades derivadas del artículo 24. En el artículo 24 de la CDPD se hace hincapié en la necesidad de que los gobiernos aseguren la igualdad de oportunidades en el acceso a un «sistema de educación inclusivo a todos los niveles», proporcionen servicios de apoyo personalizados y realicen ajustes razonables en función de las necesidades de las personas con discapacidad para facilitar su educación. En el marco del ODM relativo al logro de la educación primaria universal, se pone énfasis en atraer a

los niños a la escuela y promover sus posibilidades de prosperar en un ambiente de aprendizaje que permita a cada niño desarrollar plenamente su potencial.

Educación para Todos (EPT) es una iniciativa internacional para brindar educación básica de alta calidad a todos los niños, jóvenes y adultos. El compromiso de los gobiernos fue alcanzar los seis objetivos de la EPT: ampliar la protección y la educación en la primera infancia; proporcionar educación gratuita y obligatoria para todos; promover el aprendizaje y la preparación para la vida activa de los jóvenes y adultos; aumentar en un 50% el número de adultos alfabetizados; lograr la paridad de género para el año 2005 y la igualdad de género para el año 2015, y mejorar la calidad de la educación.

4.2. De la deficiencia a la necesidad educativa especial

Trazar el recorrido histórico de los servicios educativos para personas con discapacidad permite observar una evolución en el concepto de educación especial, no sólo desde lo terminológico sino también desde lo conceptual.

María del Carmen Ortiz, citada en Verdugo, A (1995) destaca que, hacia finales del siglo XX, se ha evolucionado:

- Desde una pedagogía terapéutica basada en los déficits a una educación especial basada en las necesidades educativas especiales.
- Desde una clasificación por etiología orgánica a una clasificación según necesidades especiales transitorias o permanentes.

- Desde una educación especial en sentido restringido -llevado a cabo de forma segregada en los centros de educación especial- a una educación especial en sentido amplio integrada en el sistema educativo ordinario.

- Desde un programa específico para cada tipo de deficiencia a una adaptación del currículo a las necesidades educativas especiales de los alumnos. 2

- Desde un tratamiento médico-psicopedagógico a una adaptación curricular individualizada.

- Desde una educación especial de los distintos tipos de deficiencia a una educación especial como conjunto de apoyos y adaptaciones que ha de ofrecer la escuela para ayudar al alumno integrado de desarrollo y aprendizaje.

Un programa de integración escolar tiene como finalidad incorporar a la escuela común a aquellos alumnos que presentan alguna dificultad – y que eran educados en escuelas especiales – para brindarles el apoyo y la atención que necesiten para el aprendizaje. Esto supone una serie de adaptaciones curriculares y en la estructura escolar. El principio fundamental de la escuela inclusiva es que todos los niños, siempre que sea posible, deben aprender juntos, independientemente de sus dificultades o diferencias. La escuela centrada en el niño constituye la base para construir una sociedad orientada hacia las personas, respetuosa de las diferencias y de la dignidad de todos los seres humanos (Pacheco, 1991)

La UNESCO define la inclusión como una estrategia dinámica para responder de forma proactiva a la diversidad de los estudiantes y concebir las diferencias individuales no como problema sino como oportunidades para enriquecer el aprendizaje. (UNESCO, 2005:12).

Por lo tanto la inclusión es una nueva visión de la educación basada en la diversidad, con cuatro características fundamentales:

- 1) Como proceso siendo una permanente búsqueda de responder de la mejor manera posible a las diferencias.
- 2) La inclusión busca identificar y remover barreras, estar atentos a los obstáculos al aprendizaje y la participación, hallando la mejor manera de eliminarlos.
- 3) La inclusión se refiere tanto a la presencia como a la participación y logros de todos los estudiantes.
- 4) La inclusión pone especial cuidado en aquellos grupos de estudiantes con mayor riesgo de ser marginados, excluidos o de tener rendimientos menores a los esperados (UNESCO, 2005:12)

La educación inclusiva apunta a que todos los estudiantes de una determinada comunidad aprendan juntos, con independencia de sus condiciones personales, sociales o culturales.

En 2005, la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial analizó diferentes formas de evaluación que respaldan la inclusión en los entornos convencionales. El estudio analizó la forma de pasar de un enfoque de las deficiencias —principalmente basado en cuestiones médicas— a un planteamiento educativo o interactivo. Se propusieron los siguientes principios:

- Los procedimientos de evaluación deben promover el aprendizaje para todos los alumnos.
- Todos los alumnos deben tener derecho a participar en todos los procedimientos de evaluación.
- Todas las políticas generales de evaluación, así como las políticas específicas de evaluación de la discapacidad, deben tener en cuenta las necesidades de los alumnos con discapacidad.
- Los procedimientos de evaluación deben complementarse entre sí.

- A fin de promover la diversidad, los procedimientos de evaluación deben ser útiles para identificar y valorar los avances y los logros de cada alumno.

- Los procedimientos de evaluación inclusivos deben estar orientados explícitamente a evitar la segregación y, en la medida de lo posible, no se debe aplicar ningún tipo de rótulo. Por el contrario, se debe poner el acento en las prácticas de aprendizaje y enseñanza que promuevan una mayor inclusión en los entornos convencionales.

Aunque con frecuencia no se tienen en cuenta sus opiniones, es preciso escuchar a los niños con discapacidad. En los últimos años, los niños han tenido una mayor participación en los estudios sobre sus experiencias educativas, siendo beneficiosos para la planificación de planes y políticas en el ámbito de la educación. La cooperación entre los niños es una actividad que, utilizada de una manera más adecuada, puede promover la inclusión. Los métodos audiovisuales han sido especialmente eficaces para lograr que niños de un amplio espectro de entornos socioeconómicos expresaran sus opiniones.

4.3. Situación actual de la educación especial en la Argentina

Para describir la situación actual de Educación especial en la Argentina es imprescindible remitirse a la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad- ENDI. Se trata de una encuesta complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, relevado en 2001. La ENDI fue relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003 en una muestra de alrededor de 67.000 hogares urbanos de todo el país. El universo de la muestra es la población residente en localidades de al menos 5.000 habitantes, que representa el 96% de la población urbana del país y el 84% de la población total. El diseño muestral de la ENDI permite resultados

a nivel total del país (conjunto de los centros urbanos de al menos 5.000 habitantes), regiones, provincias y grandes aglomerados.

Uno de los resultados obtenidos en la indagación es que el total de personas con discapacidad que asisten a algún establecimiento educativo es de 298.214, de las cuales el 63,6 por ciento son niños (entre 3 y 14 años) y el 27,8 por ciento son jóvenes (entre 15 y 29 años). Interesa señalar que en el caso de los jóvenes sólo el 33% están escolarizados

Respecto de la educación especial, los resultados indican que: hay 94.172 personas con discapacidad de todas las edades recibiendo educación especial (sola o en forma conjunta a la común). Las personas que tienen una discapacidad sólo mental (74,6 %) son las que más concurren a esta modalidad de educación. Por su parte, entre las 204.042 personas con discapacidad que asisten a educación común, no se observan variación significativa en cuanto a sus características: el 23,7 % tienen discapacidad sólo visual, el 21,4 % sólo motora, el 19,9 % sólo auditiva y el 19,9 % sólo mental.

La ENDI también preguntó respecto del sector de gestión (público o privado) del establecimiento de educación común o especial al que asiste o asistió. En cuanto a la educación común, la gran mayoría lo hace o hizo en un establecimiento estatal (91,5 por ciento). Es entre los niños con discapacidad (3 a 14 años) donde la asistencia a la educación común privada asume el valor más alto (13,3 por ciento).

A partir de los años `80, se inicia un proceso de revisión del lugar de la educación especial en el sistema educativo. El principal problema a resolver era su condición de aislamiento que la ubicaba como un subsistema en paralelo, que no sólo absorbía a los niños y niñas con discapacidad, sino además una amplia gama con “supuestas dificultades” del alumno

que la educación común consideraba que no podía atender (OEA-AICD, 2007). A partir de la implementación del Plan Nacional de Integración, en el año 1987, comienza a ocurrir un corrimiento de la matrícula de las escuelas especiales a la escolaridad común, principalmente en lo que se denominaba discapacidad mental leve, alcanzando el 54% de alumnos integrados.

Podemos decir que en la actualidad, las escuelas especiales atienden a aquellos alumnos que presentan necesidades educativas especiales (NEE) asociadas a discapacidades que requieren adecuaciones curriculares altamente significativas y que sus profesionales están brindando en igual grado, apoyo a las instituciones educativas comunes como atendiendo a los alumnos que asisten a la escuela especial (OEA-AICD, 2007).

A fines del año 2006 se sanciona la Ley de Educación Nacional N° 26.206, en la cual se establece que la educación y el conocimiento son un bien público y un derecho personal y social, garantizados por el Estado. La Ley establece que se debe asegurar la inclusión educativa mediante políticas universales y estrategias pedagógicas y de asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores que más lo necesitan. Se trata de medidas destinadas a enfrentar situaciones de injusticia, marginación, estigmatización y otras formas de discriminación, derivadas de factores socioeconómicos, culturales, geográficos, étnicos, de género o de cualquier otra índole, que afecten el ejercicio pleno del derecho a la educación, asegurando una educación de calidad con igualdad de posibilidades, sin desequilibrios regionales, ni inequidades sociales (Ley de Educación Nacional, art.79)

La Ley de Educación Nacional establece ocho modalidades de educación, entre las cuales se encuentra la Educación Especial. La misma está destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, en todos los niveles y

modalidades del sistema. Se rige por el principio de inclusión educativa y brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas que no puedan ser abordadas por la educación común. Se debe garantizar la integración de los/las alumnos/as con discapacidades en todos los niveles y modalidades según las posibilidades de cada persona (Ley de Educación Nacional, art.42).

Las autoridades jurisdiccionales, con el propósito de asegurar el derecho a la educación, la integración escolar y la inserción de las personas con discapacidades, dispondrán las medidas necesarias para:

- a) Posibilitar una trayectoria educativa integral con acceso a saberes tecnológicos, artísticos y culturales.
- b) Contar con personal especializado que trabaje en equipo con docentes de la escuela común.
- c) Asegurar la cobertura de los servicios educativos especiales (transporte, recursos técnicos y materiales para el desarrollo del currículo).
- d) Propiciar alternativas de continuidad para la formación a lo largo de toda la vida.
- e) Garantizar la accesibilidad física de todos los edificios escolares. (Ley de Educación Nacional, art.44).

Se deberán crear instancias institucionales y técnicas para la orientación de la trayectoria escolar más adecuada de alumnos/as con discapacidades, en todos los niveles de la enseñanza obligatoria, así como las normas que regirán los procesos de evaluación y certificación escolar. Deben articularse los organismos del Estado que atienden a personas con discapacidades para garantizar un servicio de mayor calidad (Ley de Educación Nacional, art.45)

4.4. Integración e inclusión

La Educación Especial como modalidad se rige por el principio de inclusión, centrando su preocupación en el contexto educativo y en cómo mejorar las condiciones de enseñanza y aprendizaje para que los estudiantes participen y se beneficien de una educación de calidad. La inclusión supone un sistema unificado e integrado para todos, lo que implica la exigencia de un currículo común con la posibilidad de desarrollar adaptaciones curriculares para atender las diferencias y las particularidades de cada estudiante. Las adaptaciones curriculares son parte de la tarea diaria de cualquier docente. La educación inclusiva requiere de un marco institucional con intervenciones coordinadas desde el sistema educativo y políticas públicas concurrentes (Educación especial, una modalidad del sistema educativo en Argentina - Orientaciones, 2009)

Con frecuencia se ha resaltado la dimensión ética del concepto de integración, en relación con el derecho de los estudiantes a ser admitidos, a estar en los mismos espacios, a disfrutar de los mismos servicios. En el proceso de integración, el sistema permanece más o menos intacto, mientras que los estudiantes tienen la tarea de adaptarse con el acompañamiento de quienes los asisten y/o los educan.

La inclusión no significa una ruptura de los fines que persiguen los procesos de integración; implica una reorganización de todo el sistema educativo para posibilitar el acceso, la permanencia y los logros de todos los alumnos. Las necesidades de los estudiantes son vistas como necesidades de la institución, y las diferencias están dadas por los estilos, ritmos y motivaciones para el aprendizaje (Educación especial, una modalidad del sistema educativo en Argentina - Orientaciones, 2009)

Inclusión e integración deben vincularse y repensarse en las prácticas. La integración es un medio estratégico-metodológico que hace posible la inclusión de muchos sujetos con discapacidad en la escuela común.

Los valores que promueve el paradigma de la inclusión se basan en el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derecho. Dado que la representación de la persona con discapacidad y sus lazos es una construcción social, para generar prácticas que habiliten el mayor grado de protagonismo, se necesita revisar actitudes, creencias, acciones y relaciones con la alteridad. Rever sentidos y prácticas con la “alteridad deficiente” – el otro considerado desde el déficit -; también poder formular una autocrítica a los valores imperantes desde la “normalidad” y una crítica a todo enunciado que excluya a otros seres humanos (Educación especial, una modalidad del sistema educativo en Argentina - Orientaciones, 2009).

El principio de inclusión requiere de una acción mancomunada de las distintas instancias políticas y jerárquicas de decisión. La propuesta para transitar esta articulación se basa en el respeto y la aceptación de la diferencia, la participación plena de las familias, de los estudiantes (dentro de sus posibilidades) y de los docentes.

4.4.1 Titulación de estudiantes con discapacidad

El Consejo Federal de Educación por Resolución 311/16 propicia las condiciones para la inclusión escolar y el acompañamiento de las trayectorias de los estudiantes con discapacidad. En dicha resolución se aprueba el documento para la promoción, acreditación, certificación y titulación de los estudiantes con discapacidad. Fundamentada en las normas vigentes:

Constitución de la Nación Argentina; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N° 26.378); Declaración Universal de los Derechos Humanos; Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N°26.061; Ley de Educación Nacional N° 26.206; Ley de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad N° 24.901 (1997); Ley de Educación Sexual Integral N°26.150; Ley de Educación Técnico Profesional N° 26.058 (2005); Informe temático sobre Educación de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (2013); Declaración de Incheón: Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de toda la vida (2015); Declaración de Nueva Delhi sobre TIC inclusivas al servicio de las personas con discapacidad de la UNESCO (2015); Resolución CFE 59/08 Sistema Federal de títulos y certificados analíticos con resguardo documental; Resolución CFE N° 200/13 Plan Estratégico para el otorgamiento de la Validez Nacional 2014-2016; Resolución CFE N° 188/12 Plan Nacional de Educación Obligatoria y Formación Docente; Resolución CFE N° 174/12 Pautas federales para el mejoramiento de la enseñanza y el aprendizaje y las trayectorias escolares en el nivel inicial, primario y modalidades, y su regulación; Resolución CFE N° 155/11 Educación Especial; Resolución CFE N° 93/09 Orientaciones para la organización pedagógica e institucional de la Educación Secundaria Obligatoria; Resolución CFE N° 18/07 Acuerdos Generales sobre Educación Obligatoria; Resolución CFE N° 102/10 Pautas Federales para la movilidad estudiantil en la educación obligatoria (Anexos I y II).

Los lineamientos generales de la resolución señalan que el sistema educativo asegurará el apoyo necesario para el acompañamiento de las trayectorias escolares de los/as estudiantes con discapacidad en caso que lo requieran, a partir de un trabajo corresponsable entre los niveles y las modalidades

(Resolución 311, 2016, art.1). Asimismo, indica que las jurisdicciones propiciarán condiciones y brindarán los servicios para el acompañamiento de dichas trayectorias escolares brindando herramientas, saberes específicos, configuraciones de apoyo y ajustes razonables, en los términos de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, para favorecer la inclusión, en igualdad de condiciones con los demás y sin discriminación (art.2). La resolución hace hincapié en la profundización de la cultura inclusiva de todo el sistema educativo, propiciando instancias de formación básica y permanente por parte del Instituto Nacional de Formación Docente (INFOD) y sus pares jurisdiccionales (art. 5 y 6).

El artículo 45 se refiere a las escuelas de educación integral para adolescentes y jóvenes con discapacidad, las cuales ofrecerán “un modelo organizacional diseñado acorde a la franja etárea, respetando las culturas juveniles y el derecho a interactuar entre pares, con trayectos escolares diversificados”. En cuanto a la promoción, se considerará como criterios: el reconocimiento del conjunto de saberes adquiridos en el tramo escolar cursado acorde a las configuraciones de apoyo y los apoyos previstos para el estudiante; la evaluación entre los equipos educativos intervinientes y la información a la familia y el/la estudiante, a partir de la generación de acuerdos, las distintas variables involucradas en la propuesta escolar (contexto, propuestas de enseñanza, configuraciones de apoyo implementadas y posibles de implementar, interacción entre pares, edad, entre otras posibles); consideración del desempeño de los/as estudiantes con discapacidad en contextos colaborativos y creativos entre pares, donde se desarrollen actividades que potencien la enseñanza y el aprendizaje (art.48). Los artículos 51 y 52 dan cuenta de la certificación de los trayectos escolares, “teniendo la posibilidad de incluirse en el mundo del trabajo y definir nuevas alternativas educativas, en articulación con otras modalidades y niveles,

que el estudiante con discapacidad quiera transitar, de acuerdo a su franja etárea y los saberes adquiridos”.

En el Anexo III detalla las configuraciones de apoyo implementadas. Específicamente, para la discapacidad intelectual se deben determinar *las barreras u obstáculos para el acceso al aprendizaje, a la comunicación y la participación, así como la descripción de los modos de aprender y las capacidades aprehendidas*. Se indican prácticas de cooperación y acción coordinada en las estrategias de enseñanza para favorecer el aprendizaje, tales como: *planteamiento de situaciones problemáticas y explicación de las mismas, búsqueda de información, trabajo compartido en grupos heterogéneos, comunicación horizontal, conocimiento y comprensión del entorno, trabajo colaborativo, cooperativo, tutorías entre pares, entre otros* (Resolución 311, 2016, p.20).

4.5 La producción de información desde la modalidad

Es notoria la ausencia de información estadística sobre la cantidad de personas con discapacidad escolarizadas. También son escasos los informes sobre índices de abandono o deserción escolar de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, datos sobre éxito o fracaso escolar o movimientos institucionales de esta población. Esto dificulta la definición, retroalimentación de políticas y la estimación de los recursos necesarios para atender de forma integral las necesidades educativas de este colectivo (Muñoz, 2007)

En la Argentina, desde la Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE) del Ministerio de Educación de la Nación, se produjo un documento con

el objetivo de introducir cambios necesarios para mejorar los relevamientos y los datos producidos desde el sistema educativo para el desarrollo de políticas de inclusión. En este documento se proponen diversas definiciones. En relación con la matrícula se acuerdan definiciones para la discapacidad, el retardo mental, los trastornos generalizados del desarrollo. Al mismo tiempo, se sugieren definiciones en relación con los niveles y las estrategias de enseñanza.

4.5.1. Prevalencia de la discapacidad intelectual.

Los resultados obtenidos de la encuesta nacional de discapacidad (Endi) realizada por el INDEC, en el censo de población de 2001, arrojó que el 7,1% de los argentinos presentaba alguna discapacidad.

Siendo el 53,6% de ellos mujeres y el 46,4% varones. El grupo de personas entre 65 años y más es el que presenta el porcentaje más elevado, un 28,3 %, mientras que las personas entre 15 y 64 años representaban el 5,5% y un 3 % las menores a 15 años.

Las discapacidades más frecuentes son: Motoras 39,5 %, visuales 22 %, auditivas 18%, mentales 15,1 %.

La prevalencia mundial de discapacidad reportada en junio de 2011 es del 15%, esto quiere decir que cerca de mil millones de seres humanos viven con alguna discapacidad (17), en comparación con una prevalencia cercana al 8-10% reportada desde los años 1982 hasta el 2010 (18), que representaba al menos 650 millones de personas con discapacidad. La distribución por edad reportada en el informe mundial 2011 es de 95 millones (9,5%) menores de 14 años y cerca de 900 millones mayores a 14 años de edad.

4.6. Educación sexual y discapacidad

Los seres humanos somos los únicos en el reino animal que abordamos la sexualidad a través de la palabra, podría decirse entonces que la sexualidad humana más que de órganos sexuales está hecha de palabras, necesitando comunicarnos, convencer, seducirnos los unos a los otros.

Se considera importante la inclusión de la educación sexual dentro de las habilidades sociales, porque la sexualidad es uno de los ámbitos donde la comunicación con otros y la expresión de afectos pueden alcanzar el máximo grado de profundidad.

Siendo uno de los ámbitos donde la comunicación con otros y la expresión de afectos puede alcanzar el máximo grado de profundidad. Es por ello que consideramos sumamente relevante la adquisición y desarrollo de habilidades sociales vinculadas a la comunicación y adecuada expresión de nuestro sentir.

Referirnos a la sexualidad, poner en palabras un tema silenciado, tanto tiempo puede generar miedos y tener que confrontar con nuestras propias limitaciones, incertidumbres, experiencias de vida, etc. La escuela debería incorporar contenidos curriculares específicos, como así también propiciar el diálogo y espacios de reflexión con los alumnos.

Según Faur (2007) se parte del supuesto que la educación en sexualidad constituye una práctica constante, que de manera intencionada o no, desarrollan actores diversos como padres y madres, maestros, profesionales de la salud, entre otros. Ante esto se requiere impulsar una educación en sexualidad que sea abierta, respetuosa de las ideas y opiniones de los estudiantes, promoviendo la adquisición tanto del conocimiento intelectual e información científica confiable

como así también la construcción paulatina de actitudes, sentimientos, valores y habilidades para el ejercicio de una sexualidad sana, segura, responsable y sin riesgos.

En octubre del año 2006 se sancionó la Ley Nacional n°26150, creándose el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, el cual establece: “Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial y Ciudad Autónoma de Buenos Aires”

Las escuelas pueden establecer puentes con las familias, a fin de desarrollar procesos de trabajo conjunto. Este abordaje admite que la educación en sexualidad es un proceso continuo, cuyas principales características son:

1-Los estudiantes son sujetos de derecho, sus opiniones y necesidades deben ser tenidas en cuenta.

2-Es un proceso de enseñanza y aprendizaje (los educadores también se educan en el intercambio) relacionado con las dimensiones biológicas, emocionales y sociales de la sexualidad humana y su expresión.

3-Desarrollándose en contextos formales y no formales, a través de nuevos contenidos curriculares, así como también de espacios para el desarrollo de talleres específicos.

4-Ofrecer conocimientos, habilidades y valores para la promoción de la salud y el desarrollo personal.

5- Como contenidos básicos deben estar presentes: conocimiento y cuidado del cuerpo; sexualidad como construcción social; embarazo y prevención, enfermedades de transmisión sexual, comportamiento sexual seguro y responsable; planificación familiar; derechos sexuales y reproductivos; violencia sexual y habilidades para decidir libremente si tener o no relaciones, cuándo tenerlas y bajo qué condiciones de cuidado mutuo.

Es de esperar la incorporación de ciertos elementos mínimos en la agenda de educación sexual integral en las escuelas tales como: contenidos sobre sexualidad que superen la genitalidad y el discurso de la prevención e incluyan placer y deseo (Fine, 1999) como así también estas dimensiones ser trabajadas en la formación docente.

En el año 2011, el Programa de educación Sexual (ANEP-CODICEN) y el Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi) desarrollaron una investigación acerca de la implementación de la educación sexual en contextos de inclusión. Realizándose una serie de grupos de discusión e intercambio con padres y madres de niños y niñas que asisten a escuelas especiales de Montevideo y Canelones, de nuestro vecino país Uruguay, para conocer sus puntos de vista, necesidades e intereses en relación con la educación sexual.

Apareciendo preguntas tales como: por qué es importante la educación sexual, qué debe hablarse en familia y cuándo hacerlo, cómo y hasta dónde puede desarrollarse la sexualidad de un niño o niña con discapacidad. Asimismo, el manejo de situaciones incómodas y enseñar a cuidar la intimidad y el respeto son otros aspectos relevantes.

La sexualidad es una parte importante de la vida y en relación a ella se definen muchos de nuestros sueños y proyectos. Considerando a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, los temas que despiertan su interés, curiosidad e incertidumbre a ellos mismos y a sus familiares, requieren de más apoyo, siendo los mismos temas que movilizan a quienes no presentan discapacidad.

Hablar de sexualidad implica hablar de afectos, sensaciones, emociones, sentimientos y significados entre otras cosas. Sostiene Cerruti (2008) que los aspectos biológicos de la sexualidad están definidos por los componentes genéticos y la estructura de los órganos genitales y la capacidad de procrear, las posibilidades de encuentro entre dos personas, ya sea para

brindarse placer o para asumir en forma libre, consciente y responsable la creación de un nuevo ser, trae aparejada una serie de circunstancias y factores complejos que son propios de la privilegiada condición que tenemos todos los seres humanos.

Sugiere Rivera Sánchez (2008) que los puntos a abordar para comenzar a hablar de sexualidad con un niño o niña con discapacidad pueden variar mucho, pero no difieren demasiado de lo que sucede con otros niños. Pudiendo tener en cuenta algunas cosas que necesitan entender y tomar como punto de partida sus propias inquietudes y preguntas:

- A- Lo que es público y lo que es privado: partes del cuerpo, lugares, actividades.
- B- El cuerpo y sus funciones: información básica necesaria para el cuidado y la higiene.
- C- Los sentimientos, los límites y las relaciones interpersonales: los contactos, la conversación y el nivel de confianza que resultan aceptables en cada tipo de relación.
- D- Interacción social: cómo dirigirse a los demás y cómo los demás han de dirigirse a él.
- E- Seguridad: qué hacer cuando se le toca de forma incorrecta.
- F- A quién recurrir si alguien los/las toca o habla de modo incorrecto.

Podemos apreciar claramente cómo cada uno de los puntos citados anteriormente involucran al campo de las habilidades sociales, es por lo tanto un objetivo primordial que dicho colectivo se vuelva poco a poco más autónomo, desarrollando comportamientos asertivos que los empoderen como sujetos de derecho, minimizando y/o neutralizando riesgos a los que pudieran quedar expuestos.

La discapacidad no afecta el deseo sexual de una persona y sólo condiciona parcialmente su nivel de funcionamiento, pero puede afectar las habilidades de comunicación y la imagen de sí mismo, resultando un factor condicionante de la vida emocional y sexual. Los niños, las niñas y adolescentes con discapacidad son personas sexuadas como todas y tienen necesidades de amor,

ternura y placer. Por lo tanto ejercer la sensualidad y la sexualidad constituye un importante factor de bienestar.

Muchas veces las personas con discapacidad enfrentan desde su infancia barreras que condicionan sus posibilidades de desarrollarse en el ejercicio de su sexualidad. Ignorancia y actitudes sociales hacia la discapacidad construyen y sostienen la mayoría de las barreras puesto que:

- Estigmatizan a las personas con discapacidad negando y reprimiendo su sexualidad.
- Disminuyen sus oportunidades protegiéndolos en exceso y aislándolos en el ámbito familiar.
- Fomentan una baja autoestima.
- Impiden la participación de niños y adolescentes con discapacidad en los espacios de conversaciones y oportunidades de intercambio, juego y socialización con otros.
- Hacen que las propias familias tengan dificultades a la hora de tomar en cuenta sus necesidades de educación sexual y brindarles acceso a información preventiva.

Los seres humanos aprendemos por ensayo y error. El aprendizaje de actitudes de acercamiento, seducción, amistad, cordialidad, solidaridad, resolución de conflictos y la expresión adecuada de nuestros sentimientos y afectos, toman mayor tiempo y esfuerzo en las personas con discapacidad, sin embargo es totalmente posible.

6.6.1. Mitos y tabúes sobre las personas con discapacidad.

a- *Los niños con discapacidad se sienten deprimidos, frustrados, son agresivos y muchas veces manipuladores.*

Muchos niños con discapacidad son alegres y vitales, las generalizaciones no son correctas, ni el atribuirles un comportamiento estereotipado.

b- *Necesitan siempre que se los proteja y cuide.*

Sobrepotección y Paternalismo no son una buena manera de cuidar, acceso a la información, autonomía, comportamientos de autocuidado y prevención

c- *Es un poco tonto, no conoce límites o no entiende.*

Es un error frecuente que los padres y mucha gente traten a los jóvenes con discapacidad como si fueran eternos niños y no comprendieran, siendo que no hay que subestimarlos ni poner techo a sus posibilidades de aprendizaje y superación.

d- *Las personas con discapacidad no son deseadas.*

Esta creencia errónea se encontraría en consonancia con las ideas de belleza y perfección de hombres y mujeres que las sociedades promueven, poniendo de relieve ciertas características físicas para atraer a los otros, olvidándose el valor principal de cada individuo como ser su sentir, acciones, deseos y personalidad.

e- *Las personas con discapacidad no pueden tener sexo.*

No existen límites preestablecidos, encontrando cada uno su propio límite a través de experiencias sucesivas que sólo puede vivir y procesar por sí mismo. Las personas con discapacidad pueden disfrutar del amor, expresar su sexualidad y también tener relaciones sexuales si así lo desean.

f- *Las personas con discapacidad no son sexualmente muy aventureras.*

Pueden tener deseos e ideas para transmitir y vivir su sexualidad.

g- *La gente que se encuentra institucionalizada no debería tener sexo*

En la mayoría de las instituciones se pierde el derecho a la intimidad, cuando éstas facilitan condiciones apropiadas, las personas con discapacidad que están institucionalizadas pueden encontrar también su forma de acceder al placer de una manera digna.

h- *Las personas con discapacidad nunca serán agredidas sexualmente.*

La realidad muestra claramente todo lo contrario, puesto que las personas con discapacidad se encuentran más propensas a sufrir abusos sexuales y tienen menos posibilidades de conseguir ayuda y protección. Los niños y niñas con discapacidad también son vulnerables al abuso sexual, debido a su aislamiento, sus dificultades para comprender las intenciones o su baja autoestima, se ven inducidos o coercionados a realizar prácticas sexuales.

4.6.2. Abuso sexual en la discapacidad intelectual

En lo concerniente a factores explicativos de los abusos sexuales que se producen hacia personas con discapacidad y más específicamente con discapacidad intelectual, Verdugo Alonso (2002) refiere que sin olvidar los mitos citados anteriormente como elicitadores de riesgo y vulnerabilidad, la mayoría de los estudios apuntan a distintos determinantes, algunos de ellos relacionados con las características del individuo con discapacidad intelectual y otros asociados a conductas y variables del entorno (Turk y Brown, 1993; Ammerman et al., 1994; Sobsey, Randal y Parrilla, 1997 y Bermejo, 1999):

- limitaciones cognitivas inherentes a la discapacidad intelectual que dificultan la capacidad para expresar deseos y las necesidades afectivas y sexuales.
- La presencia de trastornos y/ o habilidades para la comunicación que impidan al niño contar lo ocurrido.

- Las relaciones de dependencia y sumisión que caracterizan a la interacción de estas personas con sus padres y cuidadores.
- La consecuente pérdida de intimidad que facilita el abuso sexual en determinados ambientes y ante determinadas personas.
- La ausencia de un modelo de rol sexual, especialmente en personas institucionalizadas, que impide el desarrollo de una adecuada identidad sexual.
- La falta de información sexual así como el desconocimiento de la adecuación o no de determinadas conductas sexuales.
- La frecuente ausencia de entrenamiento y formación en habilidades sociosexuales adecuadas y oportunas.
- La posibilidad de tener amigos sin discapacidad intelectual, lo que les lleva a ser más vulnerables a la coacción.

En relación a los efectos y consecuencias que provocan estos abusos y agresiones sexuales en las personas agredidas, la poca investigación que se ha producido refiere que generan trastornos profundos que permanecen mucho tiempo después de haberse producido el abuso. Incluso se ha encontrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos. Entre las reacciones más frecuentes se observa: ansiedad, culpa, agresividad, delincuencia, problemas de adaptación social, disminución de la autoestima y conductas repetidas de imitación del ataque sexual (Ammerman et al., 1994), siendo que algunos niños reaccionan ante un episodio de incesto cerrándose a episodios psicóticos tales como períodos de confusión prolongados y manifestaciones de rabia (Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993).

Los síntomas presentes en muchas personas con discapacidad intelectual que han sufrido abusos sexuales según Bailey (1998) son:

- Confidencias, insinuaciones y comentarios
- Comportamiento o lenguaje con alto contenido sexual
- Dibujos con contenido sexual
- Cambios repentinos de conducta
- Rechazo repentino a una persona
- Ansiedad, miedos y fobia
- Depresión y ansiedad
- Baja autoestima, auto lesiones y comportamiento suicida
- Trastornos alimenticios y alteraciones del sueño
- Dificultades en las relaciones interpersonales
- Promiscuidad sexual
- Problemas físicos como infecciones vaginales o urinarias, heridas o molestias en los genitales, hinchazón, dolor de panza, etc.

Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad necesitan recibir una educación sexual que les permita desarrollar sus capacidades sexuales y afectivas, aprendiendo las habilidades necesarias para expresarlas de forma adecuada. Sostiene Verdugo Alonso que la ausencia de esta educación y la falta de oportunidades para aprender a relacionarse afectivamente no les posibilita un adecuado desarrollo y satisfacción de su sexualidad y les hace especialmente vulnerables a padecer todo tipo de abusos y agresiones sexuales.

4.7. Investigación inclusiva

Aunque se ha avanzado considerablemente en los planteamientos socioeducativos dirigidos a las personas con DI, se requiere una real transformación de las relaciones que se establecen en los procesos socioeducativos dirigidos a las personas con discapacidad. Realizar sus propias investigaciones es el resultado de un proceso de empoderamiento directamente relacionado con el ejercicio de la toma de decisiones en los diversos ámbitos de la vida

El problema de investigación debe pertenecer a las personas con discapacidad, aunque no hayan iniciado la investigación; se deben promover los intereses de las personas con discapacidad; los investigadores sin discapacidad deben estar al lado de las personas con dificultades de aprendizaje; el proceso de investigación debe ser colaborativo; las personas con discapacidad deben implicarse en el proceso de realizar la investigación; las cuestiones, proceso e informes deben ser accesibles a las personas con discapacidad intelectual; las personas con DI han de poder ejercer cierto control sobre el proceso y los resultados. (Walmsley y Johnson, 2003:64)

Existen diferentes vías de participación de las personas con discapacidad en la investigación. Ya en 1998, Ward y Simons establecían cuatro modalidades: en el primer caso, las personas con discapacidad participan como asesoras o consejeras en distintas fases del estudio, aportando sus visiones y experiencias. El desarrollo de investigaciones propias es la segunda vía de participación propuesta; en este caso, las personas con discapacidad llevan a cabo sus propias investigaciones, generalmente en el marco de sus organizaciones de autodefensa. Otra vía consiste en participar en el establecimiento de las prioridades de investigación. En la última vía, las personas con discapacidad participan en la difusión de los resultados de la investigación.

Los diversos enfoques tienen en común la voluntad de dar valor a las experiencias y opiniones de las personas con discapacidad, de respetar sus derechos a participar en los procesos dirigidos a

explorar las situaciones que las afectan y de contribuir a construir nuevo conocimiento sobre la discapacidad.

La incorporación de las personas con discapacidad intelectual a la investigación no ha estado exenta de debates. Se han planteado cuestiones relacionadas con la necesaria transformación de los roles de los investigadores; la posibilidad y el significado de la equidad entre la participación de los investigadores con y sin discapacidad; la representatividad de las personas con discapacidad que participan en la investigación; la accesibilidad de la información; el apoyo a las personas con discapacidad intelectual, y los límites entre el apoyo y la toma de decisiones por la otra persona; las estrategias necesarias para la cohesión/construcción del grupo de investigación, entre otros.

La incorporación de personas con discapacidad intelectual como colaboradoras de una investigación no sólo tiene un impacto en el propio proceso de la investigación sino que también incide en las trayectorias personales de los participantes. Conocer sus opiniones y valoraciones sobre lo que representa para ellos participar activamente en procesos de investigación es fundamental para disponer de una comprensión global acerca de las investigaciones desarrolladas de forma inclusiva y para poder plantear sugerencias de mejora (Flood et al. 2012).

Participar como asesores en la investigación sobre transición a la vida adulta de jóvenes con DI ha permitido a los miembros del CA adquirir diversos aprendizajes sobre la temática del estudio. Basándose en sus propias experiencias y en los relatos de los jóvenes del estudio de casos, los asesores consideran que el proceso de emancipación es una etapa difícil para los adolescentes que se ve condicionada por la intensidad de los apoyos recibidos y por las inseguridades propias de la edad.

El hecho de conocer qué opinan los jóvenes que están transitando a la edad adulta les permite reflexionar sobre cómo fue su propio proceso de emancipación, cuáles fueron los apoyos que recibieron y las barreras que se encontraron. El hecho de colaborar como asesores es valorado positivamente en la medida que ha facilitado a los miembros del CA adquirir diversas habilidades para comunicar oralmente sus propias ideas en público. Los miembros del CA también están de acuerdo en que ejercer como asesores ha sido satisfactorio para ellos, ya que contribuyen como expertos al desarrollo de una investigación

Capítulo 5: Discapacidad intelectual y familia

5.1. La familia como sistema

Tener un hijo es uno de los acontecimientos vitales más importantes para un ser humano. Los vínculos afectivos entre padres e hijos, así como las emociones que se ponen en juego, son normalmente intensos. Una hija o un hijo es siempre fuente de ilusiones y miedos. El hecho de

que ser padres sea algo habitual no significa que sea fácil, y cuando el hijo tiene alguna dificultad grave todo puede resultar especialmente difícil (Paniagua, 1999).

Martínez Rubio (1989) realizó una investigación sobre pacientes con discapacidad intelectual encontrando que, en la medida que el grado de profundidad de la discapacidad intelectual es mayor, el impacto sobre la familia, de este déficit, también aumenta significativamente, pues se agravan los trastornos del desarrollo psíquico, motor y del lenguaje, y por lo tanto, se hace en extremo difícil el manejo y cuidado del paciente.

La familia es una complejidad organizada en un holón compuesto de subsistemas en mutua interacción. El sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales; por tanto, la familia como sistema está vitalmente afectada por cada unidad del sistema, de manera que lo que ocurre a un miembro, de inmediato tiene sus repercusiones en todos los demás y viceversa.

A su vez, las familias son subsistemas de unidades más vastas: la familia extensa, el vecindario, la sociedad como un todo. La interacción con estos holones más vastos engendra buena parte de los problemas y tareas de la familia, así como de sus sistemas de apoyo.

Como todos los sistemas y suprasistemas en relación recíproca, la familia y su espacio vital deben ser ecológicos: cada uno tiene sus necesidades y cada uno impacta al otro. Esto ha de equilibrarse si ambos han de seguir siendo funcionales.

La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, refiere Minuchin, siendo un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

De acuerdo a Bertalanffy (1969), *la teoría general de sistemas afirma que las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados.*

La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes. Las tres premisas básicas son las siguientes: los sistemas existen dentro de sistemas, los sistemas son abiertos y las funciones de un sistema dependen de su estructura.

Características Generales de los sistemas:

- Totalidad: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros.
- Entropía: Los sistemas tienden a conservar su identidad.
- Sinergia: Todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema.
- Finalidad: los sistemas comparten metas comunes.
- Equifinalidad: Las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales.
- Equipotencialidad: Permite a las partes restantes asumir las funciones de las partes extinguidas.
- Retroalimentación: Los sistemas mantienen un constante intercambio de información.
- Homeostasis: Todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable.
- Morfogénesis: Todo sistema también se define por su tendencia al cambio.

Tipos de Sistemas:

- **Sistemas abiertos:** Mantienen unas fronteras abiertas con el mundo (el resto de sistemas) con los que comparten intercambios de energía e información.

- **Sistemas cerrados:** Hay muy poco intercambio de energía e información con el medio más amplio en que viven y crecen. El hijo aceptando el punto de vista de la familia, no pone ningún empeño y se consume en su condición de discapacidad (Fishman, Scott y Betof, 1977). Fishman denomina a esa trampa el fenómeno del cuarto de los espejos.

El modo en que es tratado el individuo afecta su autoconcepto, cuando a alguien se le da el diagnóstico de discapacitado (por ej. Trastorno por discapacidad intelectual TDI), este rótulo puede crearle relaciones especiales con otras personas, que provocarán expectativas menores y capacidades disminuidas.

Si la imagen refleja sólo las limitaciones de la discapacidad, la autoimagen y el potencial del individuo quedarán disminuidos, pues se verá a sí mismo como un lisiado. Su respuesta a estos reflejos que le devuelve el entorno, sirve para ratificar la imagen, el resultado es una profecía que opera su propio cumplimiento.

5.1.1 Contexto familiar y homeostasis.

La familia es el sistema primario en donde se traspan en cada uno de sus miembros “pautas socioculturales, reglas familiares, códigos comunicacionales de convivencia, sistema de creencias y significados, funciones, escala de valores, figuras identificatorias, tipos de relaciones y vínculos” (Ceberio y Serebrinsky, 2011), elementos que se desarrollan en el contexto familiar y que tienden a replicarse en otros sistemas, a posteriori del proceso de individuación. Si entendemos a la familia como un microcontexto que se halla enmarcado en el macrocontexto

social, los cambios sociales y socioculturales tienen su impacto en la familia puesto que en ella se reproducen los avances o retrocesos del macrocontexto al cual pertenece.

Pero los nuevos paradigmas de conocimiento, no permiten analizarla como una suma de componentes individuales sino como un todo organizado, un sistema reglado en el cual todas las partes tienen su importancia en el funcionamiento. Las funciones que desarrollan cada uno de sus miembros, producen un acople estructural del que deviene la funcionalidad o disfuncionalidad del sistema. Desde esta óptica, numerosas conductas sintomáticas es posible reinterpretarlas a la luz del sistema y no hacer foco en la persona en sus componentes intrapsíquicos individuales. Por supuesto, que esta definición gira copernicanamente las ópticas tradicionales que centralizan la conducta anormal en una persona negando al resto del grupo, para observar el todo, del cual una parte es la emergente, es la evidencia de la disfunción. La familia, como microsistema dentro del sistema social, ha sufrido los cambios de la sociedad en forma paralela, como señala Salvador Minuchin (1982). Las funciones de la familia poseen dos metas diferentes: por un lado, la protección psicosocial de sus miembros, y por el otro, la acomodación a una cultura y a su transmisión.

Además, la familia provee a cada uno de sus integrantes un sentimiento de identidad independiente que se encuentra mediatizado, en cierta medida, por el sentido de pertenencia. Es en el proceso de individuación, donde cada uno de los hijos de una familia comienza a ser alguien, más allá de su clan.

“En un proceso de socialización, la familia moldea la conducta de un hijo y le otorga un sentido de identidad, y si bien constituye la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad, garantizando de alguna manera, la continuidad de la cultura. En un sentido evolutivo, la familia cambiará en la medida en que la sociedad cambie. O sea, los cambios siempre se orientan desde la sociedad hacia la familia, nunca desde una unidad

más pequeña a una mayor”. (Ceberio, 2013)

La familia funcional puede describirse como un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, en constante transformación y que permanentemente interactúa con otros grupos de la sociedad y se acomoda a sus demandas y propuestas. Son familias que utilizan las situaciones críticas como oportunidades hacia el cambio y que fundamentalmente, poseen una homeodinamia como un tipo de equilibrio, entendiendo a la misma como un juego dialéctico entre estabilidad y cambio y cambio y estabilidad. Contrariamente, los sistemas homeostáticos, obedecen a un tipo de equilibrio estático, con rigidez de sus reglas y de las funciones de cada uno de sus miembros, y que frente a las situaciones de crisis tienden a vivirla como amenazas destructivas que llevan a que el sistema fortalezca sus reglas y se rigidice aún más. Estos sistemas bloquean su proceso de crecimiento y conllevan la emergencia sintomática que recae en uno de sus miembros. Síntoma que expresa la denuncia de la disfuncionalidad del sistema.

S. Minuchin (1982), señala que una familia normal se caracteriza por tres componentes. El primero define a la familia como la estructura de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. El segundo, muestra a una familia que se desarrolla a través de un cierto número de etapas y que se reestructura en cada una de ellas. Por último, la familia normal se adapta a las circunstancias cambiantes. Esta acomodación le permite mantener una continuidad y desenvolver un crecimiento psicosocial en cada miembro.

Definimos, entonces, a la familia como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se desarrollan, evolucionan y se instauran a través del tiempo por medio de ensayos y errores.

Un factor relevante en el crecimiento del sistema, muestra a las crisis como las protagonistas del cambio. Las crisis, no son ni más ni menos que una situación de cambio. Cambios,

ocasionados por los problemas que se presentan en los sistemas y que someten a los mismos a incorporar información que posibilite la corrección de la desviación que implica la ruptura del equilibrio. Este estado de máxima tensión que origina la crisis, puede ser ocasionado a través de cambios intrasistémicos. Por ejemplo, los cambios evolutivos, como la adolescencia, nacimiento de un hijo, muertes, separaciones, etc. Mientras que los cambios intersistémicos se refieren a las modificaciones del ambiente, mudanzas, cambios de trabajo, cambios en la escala de valores, etc. Aunque estos son cambios evolutivos y, como tales, esperables, también pueden aparecer situaciones críticas imprevisibles, como enfermedades terminales o incurables en la juventud, accidentes de gravedad, por ejemplo. Estos eventos inciden en el funcionamiento familiar, desarrollando un proceso de adaptación que lleva, por un lado, a transformar reglas capaces de constituir una cohesión de la familia y, por otro, un crecimiento psicológico de sus miembros.

En conclusión, el equilibrio en un sistema funcional está fundamentado por dos funciones aparentemente contradictorias, la tendencia a la estabilidad y la capacidad de transformación que caracterizan a todo sistema vivo. Esta dinámica, posibilita mantener siempre un equilibrio que permita la creatividad que llevará a evolucionar el sistema y acomodarse a los cambios. En las familias cuyos cambios de relaciones son advertidos como amenazantes, se determina una cristalización de las interacciones presentes y de aquellas funciones desenvueltas por cada uno de sus miembros que anulan experiencias e informaciones nuevas. Aunque la flexibilidad o rigidez de un sistema no son características intrínsecas a su estructura, dependen de un dinamismo y las variaciones de estado en un espacio y en un tiempo definido. Un sistema que fue flexible puede terminar constituyéndose en rígido y así sucesivamente.

En este sentido, la aparición de una patología individual puede emerger en situaciones de crisis intra o inter sistémicas correspondientes a las fases evolutivas de la familia, y de esta manera se

garantiza el equilibrio funcional adquirido. O sea, el sistema puede transformarse pero no cambiar; puede utilizar un input nuevo para operar variaciones que no lleven a la discusión ni modifiquen su funcionamiento. El síntoma, entonces, aparece como forma de resistencia al cambio.

Tanto Mara Selvini (1989) como M. Andolfi (1982), observan que los sistemas patológicos o el comportamiento patológico de algunos de los miembros de la familia, surgen a partir de la repetición casi automática y compulsiva de transacciones dirigidas a mantener las reglas cada vez más rígidas al servicio del equilibrio rígido (homeostático). Las crisis accidentales y evolutivas, pueden generar síntomas que acarrear disfuncionalidades interaccionales entre los miembros de la familia que permanecen en el tiempo mediante los intentos de solución fracasados. Estas disfunciones crean realidades propias a partir del problema sintomático. El síntoma puede interpretarse como una denuncia y constituirse en una explicitación, una señal de alarma de que algún tramo del circuito comunicacional se halla disfuncionando. Pero, el fenómeno del síntoma es más complejo. Factores comunicacionales e interaccionales, de experiencia, de historia, determinantes psicoinmunoendocrinos, cognitivos y emocionales, convergen para constituir un trastorno bulímico, de pánico, anoréxico, depresivos, de obesidad, de drogadicción, psicótico, obsesivo compulsivo, etc. Por lo tanto, resulta sumamente difícil entrar en afirmaciones certeras acerca del origen o el objetivo del síntoma, solamente se pueden construir hipótesis desde diferentes modelos teóricos que lo explique de manera aproximada.

Desde un meta nivel sistémico-cibernético, se intenta entender todos estos planos de análisis de manera complementaria, que se introducen en un contexto que le otorga ciertos sentidos.

5.2. Impacto del diagnóstico de discapacidad

Si bien es cierto que la reacción de los padres ante el diagnóstico de discapacidad intelectual depende de variables como la experiencia previa, la demora en el diagnóstico, o los signos presentes, podemos pensar que en la mayor parte de los casos el proceso de aceptación del hecho de tener un hijo con discapacidad se enmarca dentro de lo que se denominar respuesta a las crisis. Aunque existe un consenso importante con respecto a que esta respuesta pasa por varias y diferentes etapas, los sentimientos característicos de estas fases del proceso de duelo que viven los padres en ocasiones son ignorados por ellos mismos y en otras también por los profesionales. Es muy frecuente que experimenten una profunda tristeza, un sentimiento de pérdida o de ira (Harris, 2001).

Hasta la aceptación final del diagnóstico se vive algo muy parecido a las etapas de elaboración del duelo que Elisabeth Kübler-Ross (1989) estableció para explicar las reacciones ante la pérdida de un ser querido. De hecho, las etapas que atraviesan los padres hasta la aceptación de la discapacidad del hijo son muy similares a las del duelo. Siempre hay un sentimiento de pérdida al tener un hijo con una discapacidad: los padres tienen que renunciar a la expectativa que todo padre tiene de tener un hijo sin ninguna dificultad.

Refiere Martínez Martín (2008) que cuando los padres reciben el diagnóstico inicial, cuando conocen la noticia de que su hijo tiene una discapacidad, entran en un estado de inmovilización, de shock, de bloqueo y aturdimiento general, debido a la grave e inesperada noticia. En el caso del TDI, como en otras muchas discapacidades, los padres no están preparados para escuchar que su hijo, padece un trastorno que no tiene cura. Es una fase de descreimiento y sorpresa, como ver el mundo desde fuera y que eso no les esté pasando a ellos. El efecto de esta fase sobre las

familias sería leve si desde los primeros indicios se les apoyase y ayudase a identificar el trastorno.

Cuando se comunica que un hijo tiene una discapacidad, es frecuente que los padres nieguen la evidencia, no quieran aceptar la realidad y busquen otras opiniones, otros diagnósticos. Intentan minimizar el problema, pensar que con el tiempo se pasará, que se trata sólo de un retraso madurativo. Este periodo es peligroso para las familias puesto que pueden terminar creyendo a las personas que les dan más esperanzas, sin analizar a fondo la base de sus argumentos y retrasando la búsqueda de intervenciones eficaces.

La fase de aceptación de la realidad se caracteriza por la superación de este estado de depresión y por la aplicación de medidas racionales para compensar el problema. En estos momentos los padres con un hijo con discapacidad intelectual, sacan provecho del asesoramiento profesional y analizan las distintas opciones para proporcionar a su hijo la atención y tratamiento más adecuados.

Adaptarse, reorganizarse y ayudar adecuadamente a los hijos no supone estar conforme con la discapacidad. Muchas familias aceptan a su hijo tal como es, pero toda la vida lamentan que sufra limitaciones y que tenga menos oportunidades de percepción, movilidad, comunicación o de autonomía. Pueden llegar a querer y disfrutar de sus hijos pero no pueden olvidar la discapacidad que presentan.

5.3. Intervención sistémica en familias con integrantes con TDI

Con respecto al apoyo psicológico que dichos sistemas familiares requieren, Fishman sostiene que el objetivo de la terapia debe ser cambiar los patrones disfuncionales de interacción entre el individuo y el contexto. El terapeuta debe trabajar con los miembros de la familia, el colegio, profesionales de la salud y organismos de asistencia social, para elevar no sólo las expectativas sino también el nivel real de funcionamiento del niño con discapacidad intelectual.

Frecuentemente, la discapacidad en cuestión es percibida como un estado permanente e inmutable, perdiéndose de vista el hecho de que siempre hay un margen dentro del cual la persona con discapacidad puede mejorar. Es más, si los padres u otras personas que rodean al individuo con trastorno del desarrollo intelectual le transmiten la sensación de que sus limitaciones son estables e insuperables, esa sensación se convertirá en realidad; su desarrollo quedará congelado y habrá mayores probabilidades que el individuo continúe sufriendo un deterioro disfuncional.

Continuando el desarrollo del citado autor, éste nos invita a saber determinar fehacientemente cómo juegan las necesidades de la familia en el proceso de cuidar al individuo con discapacidad, evidenciando la casuística, que existe el peligro de que los familiares encuentren demasiada significación y motivación en el rol de cuidadores.

A los miembros de la familia que estén pasando por un período de vulnerabilidad intensificada en sus propias vidas, cuando sus necesidades no están siendo satisfechas y sus frustraciones se agravan, a veces les resulta esencial mantener al niño con discapacidad como paciente, pudiendo inclusive, empezar a disfrutar de su rol de cuidadores y resistirse a permitir que el niño llegue a ser algo distinto a un ser desvalido.

El significado actual de la discapacidad es entendido no como algo perteneciente al individuo, sino a la relación existente entre el individuo y las barreras que enfrenta en el ambiente

circundante, esto es, entre el individuo, los espacios físicos y los grupos sociales con los que interactúa; uno de ellos es la familia y otro, el equipo de salud. Desde la perspectiva sistémica, las familias son entendidas como sistemas de relaciones que entran en contacto con otros sistemas. En la literatura sobre enfermedad y discapacidad, las familias son descritas como generadoras de obstáculos y patología, éstas pueden ser obstáculos y generadoras de patología, o bien, sistemas de apoyo o contextos que favorecen la evolución positiva y el desarrollo de recursos emocionales en sus integrantes.

En la familia, el individuo encuentra la satisfacción de sus necesidades, crea vínculos, experimenta dinámicas relacionales, construye identidad, construye competencias, desarrolla habilidades sociales, se proyecta hacia la exploración de mundos diferentes y nuevos vínculos, también encuentra recursos para buscar su independencia según Fruggeri, (1997).

Por lo tanto, la discapacidad es un evento crítico, consigna Sorrentino, que desencadena reacciones y adaptaciones en todo el contexto de vida y sistema de relaciones entre el individuo y su familia. Las formas de funcionamiento precedentes resultan insuficientes, por lo cual se activan procesos de adaptación: se desencadenan cambios en las relaciones familiares y extrafamiliares (Sorrentino,1986).

Un sistema social tal como lo es la familia se puede considerar como un conjunto de individuos, cada uno con sus tiempos e historias individuales, que se compenetran para construir la historia del sistema. Los individuos pueden tener tiempos y ritmos diferentes. Puede ser que uno de sus miembros, como sucede con las personas con discapacidad, no evolucione al mismo ritmo que los demás, se pare o retroceda en el tiempo, mientras que los demás pueden adaptarse, comprender esta situación, o bien, convertirse en opositores intolerantes, con las consecuencias que esto tiene en la calidad de las relaciones familiares (Boscolo, 1996).

Dependiendo de la relación que establecemos con las familias, propone Reséndiz Juárez (2013), no sólo con lo que les decimos sino con la forma en que tratamos con ellos, les devolvemos una imagen de sí mismos como familia competente o como una familia carente de posibilidades. Restituirlos con una imagen u otra repercutirá también en la manera en que respondan a los tratamientos.

La discapacidad en los adolescentes puede definirse como toda condición que potencialmente perjudique su funcionamiento. Esta condición puede ser crónica, como los trastornos del desarrollo intelectual (TDI) o temporaria como por ejemplo, una fractura producto de un traumatismo consecuencia de un accidente automovilístico.

Numerosos estudios permiten descubrir las cualidades de niños y jóvenes con discapacidad y de sus familias que posibilitan un buen manejo de la situación, entre ellos una elevada autoestima, la capacidad de controlar el medio, la competencia social y escolar, la calidez materna y una interacción familiar equilibrada. Maija-Liisa Koski (1976) realizó una investigación con niños diabéticos y halló que los individuos que mejor manejo de su situación de salud tenían, eran los provenientes de familias con fronteras claras y nítidas entre sus miembros, con actitudes realistas y cooperativas hacia el tratamiento de la discapacidad, con escasos conflictos conyugales y con una composición estable dada por la presencia de dos progenitores o de un único progenitor competente.

En los sistemas familiares donde algún miembro presente discapacidad permanente o transitoria, habrá que indagar cómo ha afectado esa discapacidad al desarrollo de los demás hermanos, siendo muchas veces éstos niños deprimidos y desatendidos, que han pasado demasiado tiempo cuidando a su hermano enfermo. El individuo con discapacidad puede acaparar toda la atención de sus progenitores, lo que indefectiblemente provocará sentimientos

de abandono, celos u hostilidad a sus hermanos. Se les debe proporcionar a los hermanos un sistema de apoyo externo, los padres están sobrecargados y no pueden dar más de sí en muchos casos.

El Informe Mundial sobre Discapacidad destaca la importancia en ayudar a las familias en cuanto proveedoras de asistencia y apoyo. Es necesario distinguir entre las necesidades y los derechos de los cuidadores informales y las necesidades y los derechos de las personas con discapacidad, y lograr un equilibrio a fin de que cada persona pueda gozar de independencia, dignidad y buena calidad de vida. Es recomendable promover la colaboración entre las familias y las organizaciones familiares, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad, para ofrecer apoyo a las familias mediante diversos sistemas y servicios, en particular por los siguientes medios: ■ servicios de relevo que puedan brindar un descanso de las actividades de atención y asesoramiento psicosocial a fin de aumentar el bienestar familiar; ■ apoyo financiero directo o indirecto; ■ información sobre los servicios disponibles para los cuidadores y las personas con discapacidad; ■ oportunidades a las familias que comparten experiencias semejantes de apoyo a familiares con discapacidad, a fin de que se agrupen y se ofrezcan mutuamente información y ayuda.

El personal de RBC, los trabajadores sociales o los trabajadores comunitarios pueden ofrecer esas oportunidades a las familias. Entre los planteamientos orientados a las familias que pueden resultar útiles se incluye también el desarrollo de las comunidades de atención y las redes sociales.

5.4. Marco legal

Ceberio y Gutiérrez (2017), tras una minuciosa revisión sobre leyes y normativas vigentes en relación a las personas con discapacidad surge la necesidad de presentar un proyecto de modificación de la Ley Nacional n° 22431, en el Honorable Senado de la Nación Argentina, Comisión de Salud, en el mes de setiembre del 2015, tomando giro el proyecto hacia la Comisión de Población y Territorio en la actualidad.

Con respecto a la Ley Nacional n° 29401, en lo que consideramos los “puntos fuertes” de la ley, no aparece de manera explícita la implementación de la Terapia familiar en la atención de las personas con discapacidad. Solo de forma manifiesta se describe en las acciones preventivas de malformaciones fetales -“En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar”-, pero puede inferirse tanto en las prestaciones básicas, en los servicios específicos, como en los sistemas alternativos al grupo familiar.

La terapia familiar y el análisis de sus subsistemas (como la atención de la pareja parental y la psicoterapia individual) son nodales en el trabajo terapéutico con personas con discapacidad. Y si sus afecciones producen “desventajas considerables en su integración familiar, social, educacional o laboral” y el objetivo es la inserción social, formación educativa, ingreso en el medio productivo y calidad afectiva familiar, la Terapia sistémica siempre reflexiva, dinámica y ejecutiva, aparece como una venia estratégica en signar el camino a mejorar la calidad de vida de la persona discapacitada.

La amortiguación y resolución de conflictos, el favorecer la nutrición afectiva, el afrontamiento de las imposibilidades, entre otros factores, no solo de la persona afectada de

discapacidad sino del sistema todo, implicaría una activación sustentable y creadora de bienestar en la complejidad de la problemática de la discapacidad.

El proyecto de ley mencionado modifica el artículo 1° de la Ley 22.431, el cual fue redactado de la siguiente manera:

“Artículo 1°:

Instituyese por la presente Ley, un sistema de protección integral de las personas con discapacidad, tendientes a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas sin discapacidad.”

Nuestra Constitución Nacional, reformada en el años 1994 establece en su artículo 75 inciso 23 que corresponde al Congreso "Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las *personas con discapacidad*. (...)".

Mediante Ley 27.044 se le otorga jerarquía Constitucional en los términos del artículo 75 inciso 22 a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tiene como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las *personas con discapacidad*, y promover el respeto de su dignidad inherente.”

La citada Convención, especialmente establece en su artículo 4 inciso b) que cada Estado parte se compromete a “Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para

modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las *personas con discapacidad*".

La Ley n° 22.431 por la cual se establece el Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, fue sancionada y promulgada en marzo de 1981, con Videla como presidente, proceso militar mediante, momento en el cual imperaba un paradigma médico hegemónico centrado en el déficit, en todo lo relacionado al mundo de las personas con discapacidad (o síntomas que portaba un individuo) donde era habitual encontrarnos con dicotomías conceptuales tales como enfermo/sano o normal/anormal.

Ese antiguo paradigma es superado por el actual Modelo Ecológico Social, donde el contexto y ambientes, la voz y el propio decir de la persona con discapacidad cobran un protagonismo relevante a la hora de permitirles accesibilidad e intentar concientizar a una sociedad para que ella misma no se torne aún más discapacitante.

En tal sentido se propone que la terminología de la ley debe ser modificada, en el sentido de referir a la existencia de "personas con discapacidad" en vez de discapacitado. También se debe modificar la última parte del artículo 1º, el cual consigna una frase que va a contramano de los criterios que inspiran el sistema de protección de las personas con discapacidad que ha adoptado nuestro país, donde dice que "(...) les den la oportunidad, mediante su esfuerzo de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las *personas normales*". Resulta claro que esta última denominación porta un carácter peyorativo, prejuicioso y al margen de todos los avances en materia legislativa y de derechos a favor de las personas con discapacidad.

En el contexto actual y habiéndose consolidado los cambios normativos a nivel Constitucional e Internacional, resulta impropia la permanencia del arcaico concepto utilizado para referirse a

“*personas normales*” en una Ley Nacional, en el sentido de que dicha categorización implica necesariamente afirmar la existencia de personas discapacitadas *anormales*.

A nivel internacional, el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud del año 2011, proyecto de investigación que reunió gran número de expertos y referentes mundiales en la materia, para obtener una visión actualizada de la realidad de dicha población adopta en su escrito expresiones tales como "personas con discapacidad y personas sin discapacidad" no apareciendo en su voluminosa producción, de 388 páginas, referencia alguna en cuanto al endeble terreno de la *normalidad*.

Esta cuestión semántica y de paradigma contenida en el primer artículo de la Ley 22.431 debe ser sustituida a fin de evitar que dicha diferenciación se erija en una connotación que profundice una discriminación y exclusión de las personas con discapacidad. Teniendo en cuenta que nos encontramos ante un sector vulnerable, que requiere acciones positivas de promoción y protección, consideramos importante la corrección terminológica y conceptual que proponemos, a fin de generar las condiciones necesarias para que puedan gozar de una plena integración social.

5.4.1 Ley nacional 29401.

Esta ley trata sobre el sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Se basa, fundamentalmente, en acciones de prevención,

asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindar una cobertura integral a las necesidades y requerimientos de esta población (Ley N° 29401,1997, art. 1). La ley prescribe que las obras sociales tendrán a su cargo obligatoriamente la cobertura total de las prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas. También señala que el mismo Estado, a través de sus organismos, prestará cobertura a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales (en la medida que aquellas o las personas de quienes dependen no puedan afrontarlas). Las que carecieren de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas a través de los organismos dependientes del Estado.

Tanto las obras sociales u otros organismos deben capacitar a su personal como también fornir recursos para lograr realizar la prestación. Las prestaciones se financiarán mediante el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

5.4.1.1 Población beneficiaria.

La ley entiende por persona con discapacidad a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables en su integración familiar, social, educacional o laboral (Ley N° 29401,1997, art. 9). Las personas con discapacidad acceden a través de las obras sociales por medio de equipos interdisciplinarios a evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad.

5.4.1.2. Prestaciones básicas.

Dentro de las prestaciones se encuentran *acciones preventivas* que contemplan que madre e hijo tengan garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social. Si existieran factores de riesgo se realizarán controles, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios, para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente. En el caso de detectar una patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el período perinatal, se desarrollarán tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar. En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar ((Ley N° 29401,1997, art. 14).

Con respecto a las prestaciones de rehabilitación, a través de técnicas específicas instrumentadas por un equipo multidisciplinario, se intentará restaurar aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social con la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios ((Ley N° 29401,1997, art. 15).

Las prestaciones *terapéuticas educativas* promueven la restauración de conductas desviadas, adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia e incorporación de nuevos

modelos de interacción mediante metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo.

Las *prestaciones educativas* son aquellas que desarrollan acciones de enseñanza y aprendizaje mediante una programación sistemática desarrolladas según requerimientos de cada tipo de discapacidad. Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros (Ley N° 29401,1997, art. 17).

Las *asistenciales* tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos esenciales de la persona con discapacidad, por ejemplo casa, alimentación, atención especializada a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el demandante.

5.4.1.3 Servicios específicos.

Los servicios específicos que integran las prestaciones básicas se brindarán en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación. Se desarrollará:

- Estimulación temprana favoreciendo el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.
- Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello.
- Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo,

dentro de un servicio escolar especial o común. Se podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

- Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.
- Centro de día es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.
- Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.
- Centro de rehabilitación psicofísica es el servicio que se brindará en una Institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.
- Rehabilitación motora es el servicio que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor. Por ejemplo, las personas con discapacidad ocasionada por afecciones neurológicas, osteo-articulomusculares, traumáticas, congénitas, tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa, tendrán derecho a recibir atención especializada, con la duración y alcances que establezca la reglamentación. Se les proveerá prótesis, ayudas técnicas u otros aparatos ortopédicos

- Las personas con discapacidad tendrán garantizada una atención odontológica integral, que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación.

5.4.1.4. Sistemas alternativos al grupo familiar.

Cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen se podrá incorporar a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar. Estos sistemas alternativos están compuestos por residencias, pequeños hogares y hogares.

La residencia se caracteriza porque las personas con discapacidad que la habitan, poseen un adecuado nivel de autogestión, disponiendo por si mismas la administración y organización de los bienes y servicios que requieren para vivir. Mientras que el pequeño hogar está destinado a un número limitado de menores y tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad. Por último, los hogares brindan cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

5.4.1.5. Prestaciones complementarias.

Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar económicamente a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria, persiguiendo los siguientes objetivos:

Los subsidios facilitan la permanencia en el ámbito social donde reside o elija vivir. Pero cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria.

Existe una cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva, en forma individual y/o colectiva, con el objeto de brindarle todo el apoyo necesario, a fin de lograr su autonomía e integración social.

La ley indica la atención psiquiátrica dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación.

Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social. También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

En caso que una persona con discapacidad requiriera, en función de su patología, medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país, se le

reconocerá el costo total de los mismos. También está indicado la atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, por ejemplo estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario.

5.4.1.6 Reflexiones finales acerca de la ley.

Se puede observar que, en lo que consideramos como puntos fuertes de la ley, no aparece de manera explícita la implementación de la terapia familiar en la atención de las personas con discapacidad. Solo de manera explícita se describe en las acciones preventivas de malformaciones fetales, pero puede inferirse tanto en las prestaciones básicas, en los servicios específicos como en los sistemas alternativos al grupo familiar.

La terapia familiar y el análisis de sus subsistemas (como la atención de la pareja parental y la psicoterapia individual) son nodales en el trabajo terapéutico con personas con discapacidad. Y si sus afecciones producen desventajas considerables en su integración familiar, social, educacional o laboral y el objetivo es la inserción social, formación educativa, ingreso en el medio productivo y calidad afectiva familiar, la terapia sistémica siempre reflexiva, dinámica y ejecutiva, aparece como una venia estratégica en signar el camino a mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad (Ceberio, 2017).

La amortiguación y resolución de conflictos, el favorecer la nutrición afectiva, el afrontamiento de las imposibilidades, entre otros factores, no solo de la persona afectada de discapacidad sino del sistema todo, implicaría una activación sustentable y creadora de bienestar en la complejidad de la problemática de la discapacidad.

5.5. Consideraciones finales

La familia es un sistema en relación recíproca con su espacio vital, donde cada miembro tiene sus necesidades y cada uno impacta al otro. Esto ha de equilibrarse si ambos han de seguir siendo funcionales.

Las familias con algún miembro que presenta discapacidad espera un funcionamiento disminuido por parte de éste, por lo tanto no lo impulsa a esforzarse y a crecer. (Fishman, Scott y Betof, 1977).

Cuando a alguien se le da el diagnóstico de discapacitado intelectual, este rótulo puede crearle relaciones especiales con otras personas. El modo en que es tratado el individuo afecta su autoconcepto.

En la mayoría de los casos el proceso de aceptación del hecho de tener un hijo con discapacidad se enmarca dentro de lo que se denomina respuesta a las crisis. Aunque existe un consenso importante con respecto a que esta respuesta pasa por varias y diferentes etapas, los sentimientos característicos de estas fases del proceso de duelo que viven los padres en ocasiones son ignorados por ellos mismos y en otras también por los profesionales. Es muy frecuente que experimenten un profunda tristeza, un sentimiento de pérdida o de ira (Harris, 2001).

Actualmente, la discapacidad es entendida no como algo perteneciente al individuo, sino a la relación existente entre el individuo y las barreras que enfrenta en el ambiente circundante, esto es, entre el individuo, los espacios físicos y los grupos sociales con los que interactúa; uno de ellos es la familia. Desde la perspectiva sistémica, las familias son entendidas como sistemas de relaciones que entran en contacto con otros sistemas. En la literatura sobre enfermedad y discapacidad, las familias son descritas como generadoras de obstáculos y patología, éstas pueden ser obstáculos y generadoras de patología, o bien, sistemas de apoyo o contextos que favorecen la evolución positiva y el desarrollo de recursos emocionales en sus integrantes.

Otros estudios revelaron que los sistemas familiares que contaban con niños y jóvenes con discapacidad, que mostraban un manejo óptimo de su condición tendían a valorar la independencia, la autosuficiencia, el empoderamiento y la expresión franca de los sentimientos (Anderson, 1981).

El nuevo constructo socio-ecológico de la discapacidad intelectual, permite ver la interacción entre la persona y su ambiente.

Según Verdugo Alonso (2002) las bajas expectativas que tienen profesionales, padres, docentes y sociedad respecto a las posibilidades de las personas con discapacidad intelectual es uno de los principales problemas que se debe afrontar.

La actitud potencializadora, de contención y refuerzos positivos que brinde la familia, en aras de lograr la autonomía e independencia de sus miembros, máxime cuando presenten algún tipo de discapacidad, impactará positivamente en confianza, autoestima y construcción de su identidad.

Capítulo 6: Contexto

El Departamento de Punilla contabilizó una población de 155.124 habitantes en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Con una superficie de 2.592 kilómetros cuadrados, la densidad de población resultante fue de 59,8 habitantes por kilómetro cuadrado. Comparada con la provincia de Córdoba (10,8 habitantes por km²), Punilla mostró un mayor nivel de ocupación de su territorio que la media provincial.

Este Departamento representa el 5,1% de la población provincial, proporción que viene en continuo ascenso desde del censo de 1947. De los 26 Departamentos que componen la provincia, Punilla se ubicó en el orden 5° de acuerdo a su población. La población total mostró un importante incremento del 28% entre los censos 1991 y 2001 (equivalente a una tasa anual de crecimiento de 23,5 por mil habitantes), mayor aún que el registrado entre los censos de 1960 y 1970. Luego de Colón, es el Departamento de mayor crecimiento demográfico y mantiene esta tendencia desde 1947. El último crecimiento intercensal fue mayor también que el experimentado por el total provincial, el cual fue del 10,8% para el período 1991 – 2001, equivalente a una tasa anual de 9,8 por mil habitantes.

Los datos del Censo provincial (2008) indican que la población total del Departamento de Punilla es de 164.165 habitantes, lo que significa un crecimiento demográfico del 5,5% en siete años. Este departamento sigue ocupando el quinto lugar en la provincia de Córdoba en cuanto a la densidad poblacional.

6.2. Capilla del Monte

Capilla del Monte, según el último censo provincial realizado en el 2008, tiene una población de 10.331 habitantes, por lo cual ya es considerada “ciudad” al haber superado la cantidad de 10 mil habitantes. Este número se asemeja bastante a los datos preliminares del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado el 27 de octubre de 2010, el cual – según datos aportados por el Registro Civil de Capilla del Monte – arroja los siguientes números: - Varones: 5063 - Mujeres: 5729 - Total: 10792. Sin embargo, esta misma fuente informa que el total de viviendas censadas fue de 4938, mientras que los hogares censados fueron 3684, con lo cual hay 1252 viviendas de las cuales no se obtuvieron datos. Si bien muchas de estas casas pertenecen a personas que no viven en la localidad, se estima que unas 1000 viviendas si tienen familias estables, lo que significaría un promedio de 2000 personas más de las que se informan en el Censo.

Capilla del Monte presenta una composición poblacional peculiar: se estima que el 50% de la población residente son varones y mujeres migrantes de grandes centros urbanos (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Rosario, provincia de Buenos Aires, enumerados en forma decreciente). El Registro Civil local informó que hay un promedio de 40 cambios de domicilio por mes, de los cuales 30 son cambios de otras localidades a Capilla del Monte, lo que significaría un total de 360 personas al año que se radican en esta ciudad. Asimismo, las tasas de natalidad y de defunción no han tenido una variación significativa. Durante el año 2010 se registraron un total de 153 nacimientos y 150 fallecimientos. De esta forma, se infiere que el aumento de la población ha sido marcado principalmente por el flujo migratorio.

La Economía de Capilla del Monte está basada casi en un 95% en el sector terciario, siendo el turismo la principal actividad económica. Si bien la afluencia turística se incrementa año a año, los ingresos económicos no permiten mantener una economía estable durante el resto de la temporada baja. Esta característica de localidad turística no ha sido acompañada por el desarrollo y preservación de otros tipos de actividades que diversifiquen la economía local. De este modo, el empleo está altamente condicionado por la evolución que presente la actividad turística y por las altas y bajas temporadas, lo que ocasiona un empleo de tipo estacional, subocupación y empleo no registrado. Actualmente, uno de los sectores con mayor demanda laboral es el de la construcción, encontrándose en un período de expansión debido a la gran cantidad de alojamientos y viviendas que se están construyendo. Hasta la década del 50 del siglo XX, la economía de Capilla del Monte giraba principalmente en la actividad frutihortícola y la cría de animales menores. Lo que hoy es el casco urbano, en esa época eran grandes plantaciones de frutales que estaban favorecidas por ríos subterráneos y acceso a napas de agua a pocos metros de profundidad, lo que permitió crear un sistema de riego por canales. Con el advenimiento del Turismo Social, Capilla del Monte se convierte en uno de los destinos serranos preferidos, iniciando un camino como localidad turística. En la década del 70, el sector secundario generaba un gran número de empleos, principalmente a través de la Planta de Agua Mineral “San Salvador” y los tres frigoríficos que funcionaban en la localidad. También se registraban cinco “fabricas de tejidos”, que dieron durante más de una década un reconocimiento a Capilla del Monte como lugar de las sierras referencial en la producción de pulóveres y ponchos. Entre fines de los `80 y mediados de los `90 estas pequeñas o medianas empresas ya habían desaparecido. Ante esta situación económica local, afectada también por la política económica neoliberal, y la

falta de planificación de desarrollo local, fueron las principales causas que determinaron que la estructura productiva de Capilla del Monte esté basada en un 90% en el turismo.

El aumento de la población ocasionada por la migración de las ciudades a Capilla del Monte complejiza la integración e inserción socio-laboral □ La Población Activa (ocupados, subocupados y desocupados) es casi la misma proporción a la población inactiva □ Menos del 40% de la Población Activa está inserta en el mercado laboral formal □ Los grupos de población más afectada por la desocupación, la subocupación y el trabajo no registrado son los jóvenes, las mujeres (principalmente la franja de los 30 y 40, seguida por la de 18-29 años) y los hombres mayores de 50 años □ Sólo el 6% de la población con problemas de empleo y beneficiaria de planes sociales ha finalizado sus estudios secundarios.

6.2. Cosquín

Es la ciudad cabecera del Departamento de Punilla y se encuentra en el centro del Valle de Punilla, a tan sólo 62 Km de la ciudad de Córdoba. Es la segunda localidad del departamento en densidad demográfica, luego de Villa Carlos Paz. De acuerdo con el Censo provincial (2008), Cosquín tiene una población de 20.104 habitantes, de los cuales 9.528 son varones y 10.575 son mujeres.

Su principal actividad económica es el turismo y los servicios relacionados a esta actividad. Su máximo icono es el Festival Nacional de Folclore, nacido en el año 1960 por iniciativa de un grupo de vecinos que le dieron otro marco a la ciudad, convirtiéndola en un punto de referencia

de nuestra música popular y de las manifestaciones culturales. Históricamente, esta localidad tuvo un desarrollo importante en la asistencia sanitaria para personas con afecciones pulmonares.

6.3 Discapacidad y educación

Los primeros datos proporcionados por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC) indican que 167.777 personas presentan alguna limitación o dificultad permanente en el Departamento de Punilla, de las cuales 2.707 responden a una dificultad para entender o aprender.

El Ministerio de Educación de la provincia de Córdoba, a través de la Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa, Área de Información Educativa, ha elaborado una síntesis de información estadística referente a la modalidad de Educación Especial en base a los resultados de los relevamientos anuales 2003-2007.

Tabla 3

Alumnos de Educación Especial del Departamento de Punilla por sector

Año	2003	2004	2005	2006	2007
Estatad	151	184	204	171	210
Privada	155	145	152	145	148
Total	306	329	356	316	358

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Dirección de Censo y Estadísticas de la provincia de Córdoba

Tabla 4

Alumnos de Educación Especial del Departamento de Punilla por ámbito

Año	2005	2006	2007
Urbana	356	316	358
Rural	0	0	0
Total	356	316	358

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Dirección de Censo y Estadísticas de la provincia de Córdoba

Tabla 5*Alumnos de Educación Especial del Departamento de Punilla por nivel/servicio*

Educación Formal			Educación No Formal		Total
Inicia l	Primaria	Medio	Estimulación temprana	Talleres	
28	187	86	11	46	358

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Dirección de Censo y Estadísticas de la provincia de Córdoba

Asimismo, según el Censo provincial realizado en el año 2008, 429 personas asisten a establecimientos de educación especial en el departamento de Punilla. La mayoría de los niños y jóvenes con discapacidad están insertos en educación formal estatal, siendo las escuelas Juan Manuel Fernández de Capilla del Monte y José Reyes Contreras de Cosquín los únicos establecimientos públicos de Punilla. Cabe destacar que las personas con discapacidad proveniente de estas ciudades representan sólo el 19% del alumnado.

Tabla 6*Personas con discapacidad provenientes de la localidad de la escuela*

Ubicación	Varones	Mujeres	Total
Capilla del Monte	23	16	39
Cosquín	30	12	42
Total Dpto. Punilla			429

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Dirección de Censo y Estadísticas de la provincia de Córdoba

6.3.1 Escuela Especial Juan Manuel Fernández.

En la localidad de Capilla del Monte, ante la necesidad de tener una institución educativa que recibiera a niños y jóvenes con discapacidad, no hallando respuesta en las escuelas existentes, un grupo de padres, apoyados por el Rotary Club, convocan a docentes para el armado de un

proyecto educativo. El plantel docente percibe las primeras remuneraciones a través de donaciones de los socios del Rotary y de padres. Se destacan entre los pioneros a Gloria Santi, Aurora Barbero, Liliana Cabrera, Ester Ortiz, entre otros, quienes rápidamente se ponen en búsqueda de un edificio que reuniera las características y condiciones exigidas por el Ministerio de Educación. Es así que el día 11 de mayo de 1977, comienzan las clases de la actual Escuela Especial “Juan Manuel Fernández” en la calle Diagonal Buenos Aires, edificio conocido por entonces como “La casona de Bancalari”.

El incremento del alumnado requería la búsqueda de un nuevo edificio. Una donación privada, a fines del año 1977, permite comprar el edificio de la calle Diagonal Buenos Aires, donde actualmente funciona el Jardín de Infantes de la Escuela San Martín. Por ese entonces se la conocía como Escuela Diferencial, término que luego se desterró.

La Escuela se oficializa recién cuatro años después, el 31 de mayo de 1981. Concomitante a ello se solicitó apoyo al gobernador Angeloz, quien habiendo asumido sus funciones se dispuso a gestionar un nuevo edificio, ya que la matrícula iba en aumento, en función de encontrarse en Dolores un Instituto de Menores (San Sebastián) y muchos de ellos concurrían a la Escuela Especial. El gobierno expropia la propiedad del Hotel El Parque en 1983 y en 1987 se toma la posesión del mismo contando con nuevo edificio. El colegio se denomina Escuela Especial “Juan M. Fernández”, en honor al padre de quien hiciera la donación.

Posteriormente, durante la gobernación del Dr. De La Sota, se inicia una etapa de construcción de nuevos edificios, modernos y con los requerimientos acordes a las necesidades de los educandos y es así que la escuela ingresó al “Plan 110 Nuevas Escuelas”. Se convierte en la escuela N°113 de dicho plan y con características casi exclusivas en la zona, como un salón

para hipoacúsicos, pileta de rehabilitación, piso de madera flotante, aulas acustizadas, sala de estimulación temprana con Cámara Gessell, etc.

Finalmente, en septiembre del año 2005, la escuela se muda a las nuevas instalaciones del actual edificio, sito en la Av. Pueyrredon 131.

En la Institución se brinda atención a niños y jóvenes con diversas discapacidades, partiendo de la discapacidad intelectual, asociada en algunos casos a dificultades motrices, Síndrome de Down, PC, TEA, niños con abordaje pedagógico complejo, etc ofreciéndoles doble jornada educativa, complementándose la enseñanza áulica con los talleres, abarcándose los niveles primario y secundario.

6.3.2. Escuela Especial Reyes Contreras.

La Escuela Especial Reyes Contreras, la escuela se creó por necesidad e interés de un grupo de padres de la localidad de Cosquín y poblaciones vecinas, fundándose el día 10 de noviembre de 1989. Se le otorga dicho nombre rindiendo homenaje al Dr. Reyes Contreras, quien atendía a niños en situación de vulnerabilidad social.

Recién en el año 2003, la escuela recibe su edificio propio, en concordancia al plan provincial de nuevas escuelas, contando con un edificio moderno y equipado de acuerdo a las necesidades educativas de sus estudiantes.

Desde el año 2012 se está trabajando en el proyecto institucional de pasantías laborales; favoreciendo la inserción socio laboral de los estudiantes por egresar y egresados.

La matrícula actual de la escuela es de 67 estudiantes, brindándose atención a niños y jóvenes con diversas discapacidades, partiendo de la discapacidad intelectual, Síndrome de Down, PC, TEA, niños con abordaje pedagógico complejo. Se ofrece doble jornada educativa, complementándose la enseñanza áulica con los talleres, tanto para el nivel primario como el secundario.

Capítulo 7: Estado actual de conocimiento sobre el tema

Las habilidades sociales han sido tratadas y estudiadas por muchos investigadores en diferentes escuelas y áreas científicas. Uno de los representantes más importantes es Salter, este autor introduce el término "habilidades sociales" en el año 1949 basado en la necesidad de aumentar la expresividad del ser humano. Desde 1950 hasta la actualidad, han surgido diferentes criterios comparados con los inicios de estudio.

Si bien existen numerosos estudios sobre habilidades sociales, en un comienzo se orientaron al terreno de la clínica y en menor grado hacia el ámbito de la educación. La mayoría de las investigaciones internacionales se enmarca dentro de la psicología y hacia programas de entrenamiento en habilidades sociales para diferentes destinatarios (personas con discapacidad, mental, motora, sensorial, TEA, ADD/H, etc.).

7.1. Estudios sobre habilidades sociales

La constatación de que la conducta interpersonal se desarrolla y se aprende, ha estimulado el desarrollo de distintas estrategias de intervención, denominadas *Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales*, cuyo objetivo es el aumento de la competencia interpersonal. En la infancia, aunque inicialmente, se han diseñado numerosos acercamientos en contextos clínicos dirigidos al trabajo con niños y niñas con dificultades y a modificar la conducta interpersonal inadecuada (Bender y Valletutti, 1982; Goldstein et al. 1989; Michelson et al., 1987).

En Estados Unidos se han desarrollado el mayor número de investigaciones sobre habilidades sociales y su enseñanza en la escuela, como así también programas de entrenamiento en

tratamientos de esquizofrenia y autismo (TEA)(Myers, 2013; Laugeson,2009; Hughes et al, 2005; Forness, 2005).

Deil-Amen, Regina (2006) en Estados Unidos compara dos institutos superiores de educación, uno público y otro privado. En sus conclusiones aparece la posibilidad preocupante de que los institutos de enseñanza superior puedan estar contribuyendo a la reproducción de la desigualdad social activamente, evitando la instrucción de habilidades sociales.

De reciente publicación, también en el citado país, en el International Journal of academic Research in Business and Social Sciencies (Beheshtifar; Malikeh; Norozy y Taebe, Mar 2013) concluyen los autores mencionados que la investigación realizada ha sugerido que las habilidades sociales son un comportamiento aprendido, por lo tanto es muy importante prestar atención a su adecuado proceso de enseñanza y así aumentar el número de interacciones personales como entrenamiento específico con la oportunidad de practicarlas en el tiempo.

Grandin (2009) publica un estudio denominado *Pensando en Imágenes*, desarrollando percepción e interpretación de la realidad por parte de sujetos autistas con marcadas deficiencias en lo referido a la interacción social. El mismo resulta ilustrador y alentador, pues ofrece alternativas eficaces para un adecuado desempeño sociolaboral.

García (1997) investiga la competencia social en el retraso mental. Concluye, entre muchas otras cuestiones, que la integración de estudiantes con discapacidad intelectual en aulas con otros estudiantes sin discapacidad, resulta sumamente beneficioso para ambos grupos. Asimismo, recalca la importancia de la enseñanza de habilidades sociales en la currícula escolar, como así también en la formación docente.

En una investigación realizada con estudiantes universitarios norteamericanos en relación a las habilidades sociales y el trato agresivo (Edmondson, 2007) quedó evidenciado que los

estudiantes que poseían un trato agresivo con sus pares mostraron déficits en las habilidades sociales evaluadas.

El entrenamiento para mejorar vínculos en adolescentes con Autismo (TEA) ha sido objeto de investigación en la Universidad de California, UCLA, también en Estados Unidos (Laugeson, Elizabeth A; Frankel, Fred; Mogil Catherine, 2009). En el mismo país, Hughes et al (2005) encontró que intervenciones para bajar la agresividad en contextos desfavorables eran aceptadas, más no así la instrucción sistemática de habilidades sociales.

Forness (2005) trabaja en la temática de las habilidades sociales en educación especial con estudiantes con desórdenes de conducta y emocionales.

Verdugo Alonso (1989) y Caballo (1993) sostienen que, en los últimos años, asistimos al inicio de programas que enfatizan la enseñanza de la conducta interpersonal a la población de niños y niñas *sin dificultades* con el objetivo de promover su competencia social, prevenir posibles desajustes y, en definitiva, contribuir al desarrollo integral.

Ovejero (1990, citado en Gismero, 2000) plantea que en Estados Unidos el entrenamiento en habilidades sociales se aplicó a problemas clínicos como esquizofrenia, alcoholismo, delincuencia, etc. En Inglaterra, en cambio, se orientó a lo laboral y organizacional como industria y educación. Los americanos se han centrado en la conducta asertiva y el déficit de ésta, mientras que en Inglaterra se ha orientado a la carencia de amigos y relaciones de amistad.

Caballo (1993) sostiene que la asertividad y las habilidades sociales serían equivalentes en cuanto a la definición e ideas centrales, y que si se las denomina más frecuentemente habilidades sociales es por el empleo de los autores en la temática. Monjas (1997) sostiene, a diferencia de Caballo, que habilidades sociales es un concepto más amplio que incluye la asertividad.

Según Monjas y de la Paz (2000) las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarnos con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria.

Caballo (1987) presenta una Tesis Doctoral acerca de la evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales, una estrategia multimodal. Junto con Carrobles (1989) realiza un estudio comparativo de la efectividad de varios programas de entrenamiento en habilidades sociales.

También el citado autor Caballo y De la Fuente (1991) realizan un estudio mediante el análisis factorial de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Expresión Social Motora EMES-M,

López García (2013) desarrolla un programa de habilidades sociales que tiene como destinatarios a un colectivo de personas mayores, presentando el mismo distintas fases: evaluación y diagnóstico, intervenciones para elevar la autoestima, control de ira, aumento de la comunicación para establecer unas óptimas relaciones interpersonales para así dar respuesta a sus necesidades socio-emocionales dentro del ámbito residencial donde se hallan.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es efectivo en la enseñanza de conductas socialmente hábiles a niños y niñas y, actualmente, se dispone de suficiente evidencia sobre técnicas, estrategias y procedimientos que se pueden utilizar para la enseñanza de conductas de interacción social en la infancia (Beck y Forehand, 1984; Caballo, 1993; Gresham, 1988). Sin embargo, ciertos autores como Kopp, Baker y Brown (1992), señalan que la competencia social en niños con discapacidad ha sido un área descuidada, y ello resulta una de las bases de los problemas en las interacciones sociales.

El funcionamiento cognitivo ha sido objeto de investigación durante décadas y, gracias a ello, conocemos mejor las características cognitivas que las de personalidad o las interpersonales.

Gran parte de la investigación actual se dirige a la diversidad de necesidades evolutivas básicas de la infancia, como son las físico-biológicas, cognitivas y emocionales y sociales (seguridad emocional, identidad personal y autoestima, red de relaciones sociales, participación y autonomía progresiva, sexuales, interacción lúdica) (López, 1995).

La incompetencia social se relaciona con un variado repertorio de desajustes y dificultades como son baja aceptación, rechazo, ignorancia, aislamiento, problemas emocionales y escolares, desajustes psicológicos, psicopatología infanto-juvenil y con problemas de salud mental en la vida adulta (Pelechano, 1996; Hundert, 1995; Elliot y Gresham 1991; Goldstein, Sprafkin, Gershaw, y Klein 1989) han establecido una relación entre dificultades en el desarrollo de habilidades sociales durante la infancia y desajustes en la edad adulta. Un buen desarrollo de las habilidades sociales es uno de los indicadores que podemos relacionar con una adecuada salud mental de las personas.

En México Vega Valero, González Betanzos, Serrano Quiroz y Trujano (2009) investigaron la relación entre habilidades sociales y estrés infantil; los citados autores refieren que los resultados mostraron relaciones significativas entre estrés alto y habilidades sociales deficitarias.

Olivos Aguayo (2010) realizó un trabajo de investigación que consistió en la aplicación de un programa de entrenamiento de habilidades sociales para la integración de latinoamericanos residentes en Madrid.

Dever (1989) ha elaborado una taxonomía precisa para el entrenamiento de habilidades sociales en niños con discapacidad intelectual profunda. Sin embargo, la crítica que se le hace es que toda ella está centrada en el individuo, siendo que un buen programa destinado a aumentar el grado de competencia social de cualquier sujeto – principalmente en las personas con

discapacidad intelectual - tiene que tener en cuenta las modificaciones que habría que introducir en el medioambiente más próximo, como puede ser su familia, escuela y grupo de amigos.

Molina García (1994) realizó una revisión de los programas destinados a mejorar las habilidades sociales de niños y jóvenes con discapacidad intelectual. Según dicho autor en la mayor parte de ellos subyace un paradigma instruccional de tipo conductista.

En Chile se han realizado varias tesis sobre habilidades sociales entre las cuales podemos destacar la realizada por Salvador (2002) sobre habilidades sociales y estilos de directores de centros educativos.

León del Barco (2001) trabajó la temática de las habilidades sociales y dinámica de grupo. Irrutia (2001) lo trabajó con adolescentes y la posible implementación de programas de entrenamiento de las mismas.

El análisis del concepto de habilidades sociales lo aborda Tapia (2000) y Flores (2000), siendo la pregunta que orienta su trabajo de investigación si la enseñanza de habilidades sociales en la escuela es un mito o una realidad.

En Colombia, Arroyave (2012), en el marco de discapacidad intelectual, presenta su tesis doctoral acerca de Alfabetización digital en la conducta adaptativa de adolescentes que presentan discapacidad intelectual. Los resultados que obtuvo demostraron que la participación en el modelo de alfabetización digital pudo ofrecerles a sus participantes la oportunidad de mejorar su desempeño en contextos diversos, convirtiéndose dicho modelo en equiparador de las desigualdades que se dan entre las personas con discapacidad intelectual y su entorno inmediato.

Ordinola (2012) evalúa los efectos de la implementación de un programa de intervención psicoeducativa para la optimización de las habilidades sociales de alumnos de primer grado cuyo instrumento usado fue el cuestionario de auto informe de Inés Monjas Casares.

En Brasil, Bolsoni Silva et al (2006) llevaron a cabo una investigación bibliométrica sobre habilidades sociales, tomando un período de 21 años desde 1983 a 2004, concluyendo que gracias a la existencia de grupos de investigación en la temática la producción ha aumentado en los últimos años considerablemente.

En el mismo país, Braz, Comodo y Del Prette (2013) teniendo en cuenta la importancia de los lazos familiares para el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales y el papel de la transmisión de conductas de padres a hijos, presentan dos estudios sobre las relaciones familiares intergeneracionales.

Freitas y Del Prette (2013) investigan sobre las habilidades sociales de niños con necesidades educativas especiales. En este estudio se caracterizaron las diferencias y similitudes en el repertorio de habilidades sociales de los niños, con base en doce diferentes categorías de necesidades educativas especiales: autismo, dificultades de aprendizaje, discapacidad auditiva, discapacidad intelectual leve, discapacidad intelectual moderada, discapacidad visual, problemas de conducta exteriorizados, problemas de conducta internalizados, problemas de conducta internalizados y exteriorizados, superdotación y talento, trastorno fonológico y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los maestros de 120 niños de la población citada de escuelas comunes y especiales respondieron las escalas de habilidades sociales presentadas. Los niños con TDAH, autismo y problemas de comportamiento presentaban comparativamente menor frecuencia en habilidades sociales.

Pinola y Del Prette (2007) realizaron una investigación sobre habilidades sociales en alumnos con problemas comportamentales con y sin discapacidad intelectual.

Nascimento (2012) refiere que a pesar de las reformas recientes en educación especial en Brasil, una cuestión prevalece sobre las otras: el desenvolvimiento personal y social del niño con

discapacidad intelectual. En este estudio se analizó el impacto de una intervención individualizada, organizada e implementada de forma sistemática para la promoción de adquisición de competencias personal y social en niños multideficientes.

De Sousa Pereira, Del Prette & Del Prette (2009) trabajaron con una muestra de 54 trabajadores con y sin discapacidad física en relación al grado de adquisición de habilidades sociales y su correcta implementación.

En Argentina existen pocos estudios sobre las habilidades sociales. Una de las investigaciones es la de Lacunza (2011) sobre las habilidades sociales en niños y adolescentes y su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. En ésta concluye en que todo análisis de las habilidades sociales debe considerarse desde un marco cultural de referencia, ya que los patrones de comunicación varían ampliamente entre las culturas y aún dentro de la misma.

También en Argentina, Prytz Nilsson, Suárez y Olaz (2009) realizaron un estudio bibliométrico de publicaciones científicas en el área, con el objetivo de describir y analizar el desarrollo y estado actual del campo de las habilidades sociales en América Latina. Afirman los autores que en los últimos diez años ha habido un creciente interés por el estudio de las habilidades sociales por parte de la comunidad científica Latinoamericana, resultando Brasil el país con mayor producción. A este país pertenece el colegio invisible más representativo del área en estudio, evidenciando un alto nivel de comunicación y colaboración entre autores, lo cual tendría impacto en la integración del campo teórico práctico de las habilidades sociales.

Figuroa Bonaparte, Zamblera, Olaz (2009) realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de explorar y describir las habilidades sociales consideradas fundamentales para la práctica terapéutica por parte de profesionales de la ciudad de Córdoba, Argentina. Los autores indican, entre otras cuestiones, que para los terapeutas de diferentes enfoques teóricos existen habilidades

sociales importantes para el trabajo clínico, entre ellas el automonitoreo, capacidad de escucha, empatía, control de los propios impulsos, comunicación no verbal y capacidad para identificar alternativas para la solución de problemas interpersonales planteados por el paciente.

Distintos estudios han abordado las habilidades sociales de niños a partir del diseño de nuevas técnicas de evaluación (Castro Solano; Contini y Lacunza, 2009; Lacunza, 2007, Lacunza y Contini, 2009).

La enseñanza de las habilidades sociales se fundamenta en modelos teóricos que sostienen la capacidad de aprender que tiene todo sujeto (Feuerstein y otros, 1979), por lo que la intervención se dirige a provocar cambios en su manera de interactuar y responder al medio externo.

La intervención es considerada como un momento dentro del proceso de evaluación de las habilidades sociales. Los autores que trabajan en esta temática (Caballo, 1993; Monjas Casares, 2002; Pelechano, 1996) sostienen que durante la intervención se realiza una evaluación continua de los comportamientos sociales, ya que ésta brinda información sobre los cambios comportamentales y la posibilidad de transferencia de tales habilidades a otros contextos.

7.2. Estudios sobre discapacidad

Existen numerosos estudios sobre discapacidad, entre los cuales se encuentra el de Barton (2008) enfocado en las perspectivas sociológicas de la discapacidad.

En materia de discapacidad existen propuestas de manejo médico o asistencial tanto desde el modelo médico (Shakespeare, 1979) como desde el modelo bio-psicosociológico (Ehrlich , 2002).

Alasdair Mac Intyre (2001) desde el ámbito de la filosofía, realiza una importante autocrítica, reconociendo que los filósofos han estudiado poco acerca del tema de la discapacidad y la dependencia, haciendo hincapié en dos aspectos fundamentales: la exclusión social y la organización, ésta última para incidir como ciudadanos plenamente reconocidos en la discusión pública.

Hernández Gómez y Di Nasso (2001) trabajaron sobre una mirada histórica de la discapacidad.

Lentini (2007) realiza un análisis del discurso psiquiátrico en relación a las personas con discapacidad intelectual.

Ward (2007) en Nueva Zelanda explica la naturaleza de las relaciones sociales y de amistad, a partir de las narraciones de cuatro estudiantes con discapacidad integrados en escuelas secundarias. Ello contrastado con entrevistas a padres, hermanos, compañeros, directores, maestros y profesores asistentes, permite concluir que existen tanto factores personales como socio-ecológicos que influyen en las experiencias sociales de los estudiantes con discapacidad. Ellos reconocen la importancia de tener amigos tanto dentro como fuera de la escuela; valoran su presencia, su ayuda y su compañía. Establecen amistades con algunos de sus compañeros de curso escolar, pero con mayor frecuencia sus amigos cercanos son otros estudiantes con discapacidad con quienes comparten más tiempo.

M Contreras, E Silva y A Manzanero (2015) investigaron las habilidades para testificar de las víctimas con discapacidad intelectual que, generalmente, suelen ser consideradas de acuerdo con estereotipos más que con su realidad, teniendo en cuenta que se observa una gran heterogeneidad en este colectivo. Por ello es necesario un procedimiento que permita conocer específicamente las características cognitivas de cada víctima con discapacidad intelectual, con el fin último de

adaptar los procedimientos policiales y judiciales a sus capacidades y evaluar adecuadamente la información que aportan en sus testimonios. Siguiendo dicho objetivo los autores desarrollaron el protocolo de entrevista CAPALIST, que evalúa las capacidades cognitivas que intervendrían en la aportación de testimonio. Concluyen que el CAPALIST podría ser de utilidad en la evaluación de las habilidades para testificar en víctimas con discapacidad intelectual.

Flores, Jenaro, Martinelli y Vega (2014) en España han investigado sobre la inclusión laboral, empleo con apoyo (ECA) de 64 mujeres con discapacidad intelectual, planteando que dichas trabajadoras presentan una situación de doble desventaja: por género y discapacidad. Constataron que las mujeres experimentan riesgos psicosociales, y que el estrés y burnout afectan su salud laboral.

En Estados Unidos se desarrollaron el mayor número de investigaciones en relación a la discapacidad intelectual y habilidades sociales. Guralnick y Groom (1985) investigaron la interacción social en niños y jóvenes con discapacidad intelectual y observaron interacciones problemáticas, menor dedicación al juego y menor respuesta a entradas a jugar.

Contrariamente a lo observado por Guralnick y Groom, autores como Field, Roseman, De Steefano y Koewler (1981) encuentran en niños con discapacidad intelectual que son más prosociales y muestran más conductas dirigidas a otros niños.

Gottlieb, Semmel y Beldman (1978) estudian a niños con discapacidad intelectual que muestran conductas agresivas y concluyen que son más rechazados por sus pares, que los niños con discapacidad intelectual que no las muestran.

Asimismo, en la misma línea de investigación, Taylor (1987) estudia la interacción entre niños con y sin discapacidad intelectual.

Siegel (1979) investiga la ansiedad que presentan niños con discapacidad intelectual relacionada con su historia de fracasos debido a sus déficits cognitivos.

Ryba et al., (1984), examinan las relaciones entre el autoconcepto académico y el ajuste personal empleando estudiantes entre 14 y 17 años, integrados en aulas normales, con un funcionamiento intelectual por debajo de la media (CI entre 55 y 80) y otros diversos grados de problemas emocionales o conductuales y handicaps (discapacidades) físicos. Estos estudiantes se califican a sí mismos más bajos, tanto en competencia académica como social comparados con sus compañeros sin discapacidad en clases regulares. Encuentran también que las chicas hacen unas valoraciones más positivas de sus competencias interpersonales y académicas que los varones.

Siperstein, et al. (1996) se cuestiona en qué medida se benefician los niños que presentan discapacidad intelectual de la continua interacción con otros niños que no presentan discapacidad.

En relación a las personas con discapacidad y su calidad de vida e inserción socio-laboral, se ha investigado extensamente (Verdugo Alonso, 2002; Oliver, 1998; Forehand, 1984). Concomitante a ello, en el ámbito de la misma temática, Verdugo Alonso (2013) trabaja en el desarrollo de una escala de evaluación integral de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (2001) estableció la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud denominada CIF. La clasificación de la CIF cubre toda alteración en términos de estados funcionales en los niveles corporal, individual y social asociados a estados de salud.

En España Aizpurúa (1985) realiza un trabajo riguroso sobre evaluación de las actitudes acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad, aplicando un cuestionario tipo Lickert a madres, padres y educadores del mencionado colectivo.

En la misma temática, la investigación llevada a cabo por Miguel y Ortega (1993) posee un elevado interés, pues indaga sobre el pensamiento mismo de las personas con discapacidad.

Estudios en relación a compañeros de clase de estudiantes con discapacidad en Manizales, Medellín y Misiones (Reinoso y Giraldo, 1995; Arango, Ramírez y Torres, 1997; Nudelman et al, 2012); y a docentes de educación común en comparación con docentes de educación especial de Rio Cuarto y Ciudad de México (Jure, Perez, y Gianotti, 2008;Garnique, 2012).

Una investigación a destacar es la que trabajó sobre una visión integradora de las realidades española y argentina (Campoy Cervera y Palacios, 2007) analizando similitudes y diferencias entre ambos países en relación a la inclusión de las personas con discapacidad y al modelo social imperante.

J. López García, (2013) desarrolla un programa de Habilidades Sociales para personas mayores con algún tipo de discapacidad, dentro del ámbito residencial. Dicho proyecto que tiene como destinatarios a un colectivo de personas mayores, con distintas fases, entre ellas la evaluación y diagnóstico, intervención para elevar la autoestima, control de ira y aumentar la comunicación para dar respuesta a sus necesidades socioemocionales dentro del ámbito donde se hallan. También en la misma temática Vert (2009) y colaboradores trabajaron en el desarrollo de un programa de apoyo para el envejecimiento activo y positivo de personas con discapacidad intelectual, realizando un estudio llamado Seneca desde el año 2000 al 2008.

La fundación Par (2005) realizó una investigación muy exhaustiva sobre la discapacidad en la Argentina, un diagnóstico de situación y políticas públicas en todo el territorio nacional. Dicho

trabajo evidencia falencias en cuanto a la aplicabilidad de la legislación vigente en materia de discapacidad, ya que demuestra que hay mucho legislado, pero las personas con discapacidad no siempre pueden gozar de sus beneficios.

Es posible identificar otros estudios que, además de interesarse en las opiniones, percepciones y actitudes de las familias, los equipos de apoyo y los docentes; priorizan la palabra de los estudiantes con discapacidad. Arango (2012) desde un enfoque narrativo, se pregunta por el aprendizaje de estudiantes con discapacidad en instituciones de educación especial y educación común de Medellín; Bernal (2007) hace uso de cuestionarios para conocer la valoración de la inclusión de estudiantes con Síndrome de Down de colegios privados de Bogotá.

En Ecuador, Galarraga Rosas (2014) investiga sobre funcionalidad familiar y su relación con la adquisición de habilidades sociales en niños con discapacidad intelectual, observando correlación entre disfunción familiar y bajo desarrollo de las habilidades sociales.

Serrano y Rubio, (2014) en España, investigan sobre las prácticas de integración de pasantes de las carreras de arquitectura, fisioterapia, enfermería, farmacia y personas con discapacidad intelectual.

Vert, Bacells y otros (2014) proponen llevar a cabo el proyecto piloto Unidad de Apoyo, con Personas con discapacidad intelectual, mayores de 45 años, que se encuentran en proceso de envejecimiento, que han finalizado su etapa laboral o están en proceso de hacerlo y que no pueden acceder a servicios de atención diurna. El objetivo es promover la creación de apoyos y servicios que favorezcan el envejecimiento activo y positivo de las personas con discapacidad intelectual, tomando como referencia el modelo de Calidad de Vida y el paradigma de apoyos. Desde la Unidad de Apoyo se pretende favorecer un envejecimiento activo y saludable de los participantes, a través de la elaboración del Plan Esencial de Vida, a partir de acciones,

estrategias y apoyos para el acceso a la comunidad, la participación y contribución de la persona en esta.

En Argentina, De Asis (2007) aborda las perspectivas comparativas con relación a la discapacidad en términos de marcos normativos internacionales.

7.3. Conducta asertiva - Competencia social

Cuando nos referimos al estudio de las habilidades sociales, es imprescindible citar sus antecedentes. Wolpe (1958) es el primer autor que utiliza el término conducta asertiva, desarrollando el término entrenamiento asertivo junto con Lazarus en 1966. Liberman, en 1975, habla de competencia personal.

Las habilidades sociales han sido tratadas y estudiadas por muchos investigadores en diferentes escuelas y áreas científicas. Uno de los representantes más importantes es Salter, quien introduce el término *habilidades sociales* en el año 1949, basado en la necesidad de aumentar la expresividad del ser humano. Desde 1950 hasta la actualidad, han surgido diferentes criterios comparados con los inicios del estudio.

Si bien existen numerosas investigaciones sobre habilidades sociales, en un comienzo se orientaron al terreno de la clínica y en menor grado hacia el ámbito de la educación. En lo concerniente a investigaciones internacionales, la mayoría se enmarca dentro de la Psicología y hacia programas de entrenamiento en habilidades sociales para diferentes destinatarios (personas con discapacidad, mental, motora, sensorial, TEA, ADD/H, etc.).

Muchos autores han hablado del entrenamiento de las habilidades sociales, entre ellos, los más conocidas son Goldstein, 1973, 1981(en Goldstein et al. 1989); Wolpe y Lazarus, 1966; Klein, 1989; Kazdin 1985, Kelly, 1987); recibiendo diferentes denominaciones, entrenamiento de las habilidades sociales, competencia social, entrenamiento de la asertividad. Es importante tener en cuenta que aunque muchos autores distinguen entre habilidades sociales, competencia social y asertividad, existen autores que utilizan los términos mencionados como sinónimos. Así lo demuestran investigaciones desde diferentes metodologías en materia de educación de las organizaciones de personas con discapacidad en España (Echeita, Verdugo, Sandoval y Calvo, 2009).

Del Prette, Del Prette y Castelo Branco (1992), en Brasil investigaron si los años de estudio en la carrera de Psicología se vinculaban con un incremento en las habilidades sociales en los estudiantes. Con este objetivo, se evaluaron alumnos que iniciaban y finalizaban la carrera, esperando encontrar diferencias a favor de los alumnos avanzados en el cursado. Los resultados mostraron semejanzas entre los alumnos del inicio y final de la licenciatura de Psicología en las dimensiones estudiadas, excepto en la dimensión de incomodidad, indicando que el estudio de la carrera no promueve la adquisición de habilidades sociales y que los alumnos de los últimos años eran apenas más sensibles ante situaciones críticas de interacción social, considerándolas más incómodas que los alumnos de inicio de curso. Concluyeron los autores que la concepción de adaptación social de los alumnos implicaba evitar conflictos. En la misma línea de trabajo, en la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Lestussi, Freytes, López y Olaz (2012) realizaron un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de la carrera de Licenciatura en psicología, señalando que la formación académica no promueve el desarrollo o adquisición de

las habilidades sociales, siendo tan necesarias para un buen desempeño profesional en el rol del psicólogo.

Arellano Ordinola, (2012) investigó sobre los efectos de un programa de intervención psicoeducativa para la optimización de las habilidades sociales de alumnos de primer grado de educación primaria. El instrumento utilizado fue el cuestionario de auto informe de Inés Monjas Casares.

Un estudio efectuado en población urbana de niños de Buenos Aires (Argentina), de 6 a 11 años, mostró que los comportamientos disfuncionales eran significativamente más altos en niños de niveles socioeconómicos bajos respecto a aquellos de niveles medios y altos (Samaniego, 1998, 2004).

Otra investigación en población infantil de Mendoza (Argentina) encontró que el contexto influye en los déficits en las habilidades sociales, por lo que puede convertirse en un factor de riesgo para la aparición de un trastorno psicopatológico (Ison, 1997).

La constatación de que la conducta interpersonal se desarrolla y se aprende, ha estimulado el desarrollo de distintas estrategias de intervención, denominadas *Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales*, cuyo objetivo es el aumento de la competencia interpersonal. En la infancia, aunque inicialmente, se han diseñado numerosos acercamientos en contextos clínicos dirigidos al trabajo con niños y niñas con dificultades y a modificar la conducta interpersonal inadecuada (Bender y Valletutti, 1982; Goldstein et al., 1989; Michelson et al., 1987; Verdugo, 1989), en los últimos años, asistimos al inicio de programas que enfatizan la enseñanza de la conducta interpersonal a la población de niños y niñas *sin dificultades* con el objetivo de promover su competencia social, prevenir posibles desajustes y, en definitiva, contribuir al desarrollo integral.

Las investigaciones realizadas demuestran que el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es efectivo en la enseñanza de conductas socialmente hábiles a niños y niñas y, actualmente, se dispone de suficiente evidencia sobre técnicas, estrategias y procedimientos que se pueden utilizar para la enseñanza de conductas de interacción social en la infancia (Beck y Forehand, 1984; Caballo, 1993; Gresham, 1988). Sin embargo, ciertos autores como Kopp, Baker y Brown (1992), señalan que la competencia social en niños con discapacidad ha sido un área descuidada, y ello resulta una de las bases de los problemas en las interacciones sociales.

El funcionamiento cognitivo ha sido objeto de investigación durante décadas y, gracias a ello, conocemos mejor las características cognitivas que las de personalidad o las interpersonales.

Gran parte de la investigación actual se dirige a la diversidad de necesidades evolutivas básicas de la infancia, como son las físico-biológicas, cognitivas y emocionales y sociales (seguridad emocional, identidad personal y autoestima, red de relaciones sociales, participación y autonomía progresiva, sexuales, interacción lúdica) (López, 1995).

La incompetencia social se relaciona con un variado repertorio de desajustes y dificultades como son baja aceptación, rechazo, ignorancia, aislamiento, problemas emocionales y escolares, desajustes psicológicos, psicopatología infanto juvenil y con problemas de salud mental en la vida adulta (Pelechano, 1996; Hundert, 1995; Elliot y Gresham 1991; Goldstein, Sprafkin, Gershaw, y Klein 1989).

Hoy en día, estudios recientes han establecido una relación entre dificultades en el desarrollo de habilidades sociales durante la infancia y desajustes en la edad adulta. Un buen desarrollo de las habilidades sociales es uno de los indicadores que más significativamente se relaciona con la salud mental de las personas.

Es importante tener en cuenta que aunque muchos autores distinguen entre habilidades sociales, competencia social y asertividad, otros utilizan los términos mencionados como sinónimos.

Capítulo 8: Metodología

8.1. Método

El estudio propuesto está enmarcado en el paradigma de corte cuantitativo y de tipo descriptivo, ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) en los estudios de este tipo se seleccionan cuestiones, se miden o se recolecta la información relacionada con dicha temática, se detalla lo que se investiga.

En este trabajo de investigación se recolectó información sobre el grado de adquisición de habilidades sociales en jóvenes con discapacidad intelectual y se describieron los pensamientos que ellos tienen en torno a las habilidades sociales.

8.1.1. Diseño.

El diseño será No Experimental, longitudinal, de cohorte. La investigación es no experimental, ya que se llevó a cabo sin manipular las variables de estudio, se observó el fenómeno tal como se desarrolló sin intencionar los resultados. La investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática, en la que el científico no posee control sobre las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentemente no manipulables.

Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa. (Kerlinger, 2002).

Concomitantemente es un estudio de tipo transversal, puesto que midió la prevalencia de la exposición y del efecto sobre una muestra poblacional en un solo momento temporal, por lo que permitió estimar la magnitud y distribución de un hecho o condición en un momento dado.(Rice, 1997).

Siendo también la investigación descriptiva ya que los datos obtenidos son utilizados con la finalidad de relatar, no estando enfocados a una relación causa efecto.

El objetivo de los estudios descriptivos es describir un fenómeno o características de una población determinada y habitualmente sirve como inicio de posteriores investigaciones.

El tema de investigación abordado no ha sido muy investigado, por lo que los resultados obtenidos serán descriptos y analizados de manera que permitan descubrir características del presente hecho.

8.1.2. Participantes.

Alumnos y ex -alumnos de escuelas especiales del noroeste de la provincia de Córdoba con discapacidad intelectual en un rango etario comprendido entre los 16 a 39 años, con una muestra de 46 participantes.

8.1.2.1. Universo.

El Universo se compone de alumnos de escuelas especiales, próximos a egresar y ya egresados, del Norte de la provincia de Córdoba, Argentina.

8.1.2.2. Unidad de Análisis.

La unidad de análisis que se utilizó en esta investigación es cada joven con discapacidad intelectual por egresar y egresados, de escuelas públicas especiales del Norte de la provincia de Córdoba, Argentina.

8.1.2.3. Muestra.

Para el presente estudio se utiliza una muestra no probabilística formada por 46 casos. Es decir, se trabajó con 46 jóvenes, mujeres y varones, con discapacidad intelectual leve y moderada, con un rango etario comprendido entre los 16 y los 39 años de edad.

8.1.3. Técnicas de recolección de datos.

Instrumentos: Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva. EMES-C. Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora. EMES-M.

La Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C), evalúa toda una serie de pensamientos negativos relacionados con las distintas dimensiones de las habilidades sociales. Escala Multidimensional de Expresión Social Cognitiva (Caballo, 1987, 2006), que consta de 44 ítems y evalúa toda una serie de pensamientos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales.

Para el caso del EMES-C, se tiene como criterio que a mayor puntuación, más intensidad en cuanto a temor o preocupación por la situación evaluada; a excepción de la subescala: Asunción de carencias personales, en donde una mayor puntuación indica que el individuo acepta o asume sus carencias propias sin problemas.

La Escala Multidimensional de Expresión Social-C (Caballo y Ortega, 1989).

Este instrumento está compuesto por 44 ítems, agrupados en 12 factores: 1)Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores, 2)Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones, 3)Temor a hacer y recibir peticiones, 4)Temor a hacer y recibir cumplidos, 5)Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto, 6)Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al expresar conductas negativas, 7)Temor a la conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas, 8)Preocupación por la reacción de los demás en la expresión de sentimientos,9)Preocupación por la impresión causada en los demás,10)Temor a expresar sentimientos positivos,11) Defensa de los derechos y 12)Asunción de posibles carencias propias.

Cada ítem de la EMES-C puede puntuar de 0 (Siempre) a 4 (Nunca). En esta escala, puntuaciones más bajas indican mayor temor y menor puntuación en habilidades sociales adaptativas.

Este cuestionario presenta buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de 0,92, y una buena validez concurrente con otros cuestionarios que evalúan variables psicológicas similares, expresada por correlaciones estadísticamente significativas superiores a 0,40 (Caballo y Ortega, 1989).

La Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M), permite no sólo conocer la habilidad social global, sino también la habilidad social específica a las distintas dimensiones evaluadas. Esta escala en su versión actual, consta de 64 ítems que pueden puntuar desde 4 (Siempre del 91 al 100% de las veces) hasta 0 (nunca de 0 a 9%).

Los ítems se han organizado en torno a 11 dimensiones citadas frecuentemente en el área de las habilidades sociales.

Estas dimensiones eran las siguientes: 1- Hacer cumplidos. 2- Aceptar cumplidos. 3-Hacer peticiones. 4-Rechazar peticiones. 5-Defensa de los derechos. 6-Iniciar y mantener conversaciones. 7-Expresión de opiniones personales. 8-Manejo de críticas. 9-Expresión justificada de molestia y desagrado. 10-Expresión de amor y afecto. 11-Hablar en Público.

Los datos psicométricos obtenidos en el estudio sobre la escala EMES-M proporcionan una validez y fiabilidad adecuadas para el uso de esta escala tanto a nivel de investigación como a nivel clínico.

Es posible que muchas de las conductas sociales dependan de variables personales, situacionales o de una combinación de ambas.

Se llevó a cabo el análisis factorial de la escala con N: 673 sujetos. Se empleó el programa 4M del paquete estadístico BMDP para el análisis factorial.

Los datos psicométricos obtenidos en este estudio sobre la EMES-M proporcionan una fiabilidad y una validez adecuadas para el uso de esta escala, tanto a nivel de investigación como clínico (Caballo y De la Fuente, 1991). Además los datos obtenidos de esta escala en otros estudios, como la sensibilidad a los efectos del tratamiento (Caballo, 1987) o a la importante relación con otros instrumentos que evalúan habilidades sociales, tanto a nivel de autoinforme como conductual, ansiedad social y pensamientos negativos (Caballo, 1993b), aportan datos adicionales que favorecen el empleo de la escala EMES-M.

Los resultados del presente estudio apoyan también el concepto de la multidimensionalidad del constructo de las habilidades sociales. Gran parte de las dimensiones que hemos encontrado aquí, se han obtenido también en otros estudios, con otros inventarios de habilidades sociales y/o con otras poblaciones (Caballo y Buela, 1988; Culkin y Perroto, 1985; Galassi y Galassi, 1980).

8.1.3.1. Técnicas de análisis de datos.

Los datos cuantitativos que se obtienen son trabajados con el programa SPSS, el cual permite realizar gráficos y estadísticas que faciliten la lectura de los resultados.

8.1.4. Procedimiento.

El análisis de los datos se realizó de manera cuantitativa, para la recolección de datos se procesó la información en el software SPSS versión 22 (Norman H. Nie, C Hadlai (Tex) Hull y D.H Bent) y en el programa Excel.

A través del análisis de las tablas estadísticas se describieron y compararon las medias obtenidas, como así también la variación de los resultados de la prueba T (Student)

Se les presentará a los estudiantes las escalas y se harán las preguntas pertinentes. Cuando se haya cumplido con la administración de las escalas a la muestra seleccionada, se procederá a realizar el análisis de los datos, la transferencia de los mismos y los cuadros de análisis, para finalmente poder establecer la relación entre las variables.

8.2. Objetivos

Objetivo General: Conocer el grado de habilidades sociales adquiridas por jóvenes estudiantes y egresados con discapacidad intelectual leve y moderada, de escuelas especiales en el norte del Departamento de Punilla, en la provincia de Córdoba.

Objetivos específicos:

- Favorecer un abordaje integrador de la discapacidad intelectual y su relación con las habilidades sociales

- Propiciar la participación activa de los jóvenes con discapacidad intelectual en el proceso de recolección de datos
- Identificar las principales dificultades que presentan los jóvenes con discapacidad intelectual en sus habilidades sociales
- Comparar el grado de habilidades adquiridas entre los jóvenes con discapacidad cursantes y egresados de las escuelas especiales del norte del Departamento de Punilla
- Sistematizar la información obtenida para promover estrategias para la inserción socio-laboral de los jóvenes con discapacidad intelectual.

8.3. Hipótesis

Los jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada cursantes y egresados de las escuelas especiales en la provincia de Córdoba presentan déficit en habilidades sociales

8.4. Variables

- Variable Independiente: jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada cursantes y egresados de escuelas especiales del norte de Punilla

- Variable dependiente: habilidades sociales

CAPITULO 9: Resultados

9.1. Jueces Expertos

La adaptación de los instrumentos, tanto de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) como así también la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M), resultó necesaria debido a las complejidades presentes observadas en nuestra población objeto de estudio. Les fueron enviados, a dos Jueces Expertos en la materia, dentro del campo profesional de la Psicología, doctorado uno en ciencias de la Salud, en la ciudad de Córdoba, y Doctor en Psicología, metodólogo, de la ciudad de Buenos Aires el otro, los pertinentes protocolos de las escalas citadas anteriormente.

El recorte de las mismas de acuerdo a los objetivos perseguidos y según el criterio de los Jueces Expertos, en concordancia con las características de nuestra población, permitió la evaluación de las diferentes dimensiones de las habilidades sociales, utilizando una menor cantidad de ítems de ambas escalas favoreciendo de esta manera su implementación y desarrollo del trabajo de campo, considerando así mismo los Jueces Expertos como novedoso y a destacar del presente trabajo de investigación, el hecho de que los instrumentos fuesen aplicados directamente sobre nuestra población objeto de estudio (Jóvenes con DI) sin intermediación alguna.

En el Anexo, se podrán observar la adaptación de ambas escalas para la presente investigación (Tablas 3 y 4)

9.2. Análisis descriptivo de los ítems

A continuación se presentan, en primer lugar, las medias y la desviación típica de cada uno de los ítems testeados, tanto para aquellos participantes que están cursando sus estudios en escuelas especiales del noroeste de la provincia de Córdoba, como así también aquellos que ya egresaron. Primero se informan los datos obtenidos en la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) (**Tabla 1**), y luego los datos obtenidos en la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) (**Tabla 2**).

Tabla 1.
Análisis de los ítems de la escala cognitiva. EMES –C
 Nota: 1= cursantes 2=egresados

Ítems	½	N	Media	Desviación típica
C9 El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser	1	24	2,13	1,329
	2	22	2,64	1,217
C11 Temó hablar en público por miedo a hacer el ridículo	1	24	2,75	1,225
	2	22	3,05	1,214
C13 Me preocupa hacer una escena cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres	1	24	2,13	1,624
	2	22	2,09	1,571
C15 Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación	1	24	2,21	1,141
	2	22	2,86	1,037
C17 Temó expresar cariño hacia mis padres	1	24	1,25	1,482
	2	22	1,68	1,393
C18 Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.	1	24	3,13	,992
	2	22	2,68	1,249
C23 He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona	1	24	2,33	1,274
	2	22	2,55	1,438
C27 Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente	1	24	2,63	1,377
	2	22	2,73	1,352
C28 Temó rechazar peticiones que vienen de mis padres	1	24	1,75	1,327
	2	22	2,27	1,279
C31 Me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho	1	24	2,04	1,488
	2	22	2,64	1,329
C32 He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer	1	24	2,42	1,381
	2	22	2,50	1,263
C40 Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal	1	24	2,50	1,216
	2	22	2,95	1,253
C41 Temó que la gente me critique	1	24	2,46	1,382
	2	22	2,82	1,296

No se observan diferencias significativas generales en las diferentes dimensiones cognitivas, ni tampoco entre ambos grupos de la muestra. Sin embargo, se puede identificar en el ítem C11 que el grupo 2, casi siempre tiene temor a hablar en público por miedo a hacer el ridículo.

Se evidencia que en ambos grupos casi nunca existe temor en la expresión de cariño hacia sus padres (ítem C17).

Así mismo en el ítem C18 una diferencia estadística significativa entre los cursantes y los egresados. El grupo 1 ha manifestado que casi siempre le preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar, mientras que en los egresados se mantiene la media.

Tabla 2.
Análisis descriptivo de los ítems de la escala motora EMES-M
 Nota: 1=cursantes 2=egresados

Reactivos	1 / 2	N	Media	Desviación típica
M3 Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que no	1	24	2,00	1,251
	2	22	1,73	1,386
M4 Evito hacer preguntas a personas que no conozco	1	24	,42	,830
	2	22	,41	,854
M6 Si un amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación le pido que espere a que haya acabado	1	24	2,63	1,173
	2	22	3,14	,941
M7 Cuando mi superior o jefe me irrita soy incapaz de decirselo	1	24	2,50	1,180
	2	22	2,14	1,424
M8 Si un amigo/a a quien he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo	1	24	2,54	1,382
	2	22	3,36	1,136
M11 Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos	1	24	2,21	1,560
	2	22	2,00	1,447
M12 Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen	1	24	2,46	1,285
	2	22	2,64	1,217
M14 Cuando me siento enojado con alguien lo oculto	1	24	1,83	1,579
	2	22	2,14	1,490
M15 Me reservo mis opiniones	1	24	,79	,884
	2	22	1,82	1,563
M18 Me resulta difícil hablar en público-	1	24	1,00	1,180
	2	22	1,27	1,202
M20 Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez	1	24	1,88	1,296
	2	22	1,55	1,143
M23 Me resulta difícil hacer nuevos amigos	1	24	1,79	1,414
	2	22	1,86	1,552
M24 Si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona	1	24	2,42	1,176
	2	22	2,95	1,174
M25 Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres	1	24	2,71	1,334
	2	22	3,41	,908
M29 Soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido/a	1	24	1,83	1,373
	2	22	2,36	1,465
M30 Si en un restaurante me sirven comida que no está a mi gusto, me quejo de ello al camarero	1	24	2,17	1,373
	2	22	2,59	1,403
M33 Si estoy enfadado con mis padres se lo hago saber claramente	1	24	2,13	1,393
	2	22	2,50	1,300
M34 Expreso mi punto de vista aunque sea impopular	1	24	1,33	1,049
	2	22	2,23	1,152

M36 Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño	1	24	,96	1,083
	2	22	,86	1,424
M37 Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores	1	24	1,75	1,260
	2	22	1,68	1,492
M41 Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior	1	24	2,38	1,469
	2	22	2,14	1,167
M43 Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir	1	24	,92	1,018
	2	22	1,59	1,563
M44 Hago la vista gorda cuando alguien se cuela delante de mí en una fila	1	24	2,04	1,233
	2	22	1,59	1,297
M47 No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto	1	24	1,04	,955
	2	22	1,14	,990
M49 Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente	1	24	2,46	1,444
	2	22	2,86	1,207
M53 Soy incapaz de hablar en público	1	24	1,29	1,197
	2	22	1,55	1,262
M54 Soy incapaz de mostrar afecto a un miembro del sexo opuesto	1	24	1,75	1,539
	2	22	1,50	1,225
M56 Evito pedir algo a una persona cuando se trata de un superior	1	24	1,75	1,189
	2	22	1,45	1,335
M57 Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar	1	24	2,58	1,213
	2	22	3,00	1,234
M58 Cuando un empleado en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí le llamo la atención al respecto	1	24	2,08	1,349
	2	22	2,91	1,109
M63 Soy una persona tímida	1	24	1,38	1,279
	2	22	1,86	1,283
M64 Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta	1	24	2,38	1,135
	2	22	2,36	1,293

La presente escala motora presenta 5 ítems con variaciones estadísticas significativas. El ítem M4 tiene una valoración baja en los dos grupos, dado que en su mayoría los participantes respondieron que siempre o casi siempre evitan hacer preguntas a personas que no conocen. Así mismo la desviación típica resulta también baja.

El ítem M6 Si un amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación le pido que espere a que haya acabado, presenta una variación significativa en el grupo 2.

El ítem M8 Si un amigo/a a quien he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo presenta una variación significativa en el grupo 2 correspondiente a los alumnos egresados.

El ítem M15 Me reservo mis opiniones, presenta una media y desviación típica bajas, en el grupo 1 de alumnos cursantes.

El ítem M18 Me resulta difícil hablar en público, presentan valoraciones bajas en ambos grupos como así también la desviación típica, dado que ambos grupos respondieron que siempre y casi siempre les resulta difícil hablar en público. Con respecto al ítem M20 Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez, presenta una valoración baja en ambos grupos siendo más acentuada en el grupo de egresados.

El ítem M25 Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres, obtuvo valoraciones más altas en el grupo 2 de egresados y una baja desviación típica dentro del mismo grupo.

El ítem M34 Expreso mi punto de vista aunque sea impopular, muestra puntuaciones bajas en el grupo 1 de cursantes, siendo que nunca y casi nunca expresarían su punto de vista.

Con respecto al ítem M36 Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño, ambos grupos presentan puntuaciones bajas, ya que a ambos grupos siempre y casi siempre les resultaría difícil iniciar una conversación con extraños.

El ítem M43 Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir, presenta puntuaciones bajas en la media del grupo 1 alumnos cursantes, que respondieron que siempre y casi siempre tienen poco que decir cuando conocen gente nueva.

Con respecto al ítem M47 No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto, ambos grupos muestran puntuaciones bajas en la media y en la desviación típica, respondieron que siempre y casi siempre no saben qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.

El ítem M53 Soy incapaz de hablar en público, en el grupo 1 de cursantes se presenta puntuaciones bajas en la media, habiendo respondido que siempre y casi siempre son incapaces de hablar en público.

En el ítem M54 Soy incapaz de mostrar afecto a un miembro del sexo opuesto, el grupo 2 de egresados presenta puntuaciones bajas en la media, respondiendo que siempre y casi siempre son incapaces de mostrar afecto a un miembro del sexo opuesto.

Con respecto al ítem M56 Evito pedir algo a una persona cuando se trata de un superior, el grupo 2 de egresados presenta puntuaciones bajas en la media, respondiendo que siempre y casi siempre evitan pedir algo a una persona cuando se trata de un superior.

En el ítem M57 Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar, presenta puntuación alta en el grupo 2 de egresados, respondiendo que

siempre y casi siempre le expresarían su malestar si un pariente cercano los estuviera molestando.

El ítem M63 Soy una persona tímida, presenta puntuaciones bajas en la media del grupo 1 de cursantes, respondiendo que siempre y casi siempre soy una persona tímida.

9.2.1. Análisis de las diferencias en los ítems entre los cursantes y los egresados

Tabla 3
Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
C9	,023	,881	-1,357	44	,182	-,511	,377	-1,271	,248
C11	,486	,489	-1,362	44,000	,180	-,511	,375	-1,268	,245
C13	,581	,450	-,821	44	,416	-,295	,360	-1,021	,430
			-,821	43,718	,416	-,295	,360	-1,021	,430
			,072	44	,943	,034	,472	-,917	,985
			,072	43,862	,943	,034	,471	-,916	,984

C41	Se han asumido varianzas iguales	,117	,734	-9,009	44	,369	-,360	,396	-1,158	,438
	No se han asumido varianzas iguales			-9,111	43,974	,367	-,360	,395	-1,156	,436
M3	Se han asumido varianzas iguales	,694	,409	,701	44	,487	,273	,389	-,511	1,056
	No se han asumido varianzas iguales			,698	42,454	,489	,273	,391	-,515	1,061
M4	Se han asumido varianzas iguales	,032	,859	,031	44	,976	,008	,248	-,493	,508
	No se han asumido varianzas iguales			,030	43,397	,976	,008	,249	-,494	,509
M6	Se han asumido varianzas iguales	2,109	,153	-1,622	44	,112	-,511	,315	-1,147	,124
	No se han asumido varianzas iguales			-1,637	43,274	,109	-,511	,312	-1,141	,118
M7	Se han asumido varianzas iguales	,139	,711	,946	44	,349	,364	,384	-,411	1,138

	No se han asumido varianzas iguales	938	40,935	,354	,364	,388	-419	1,146
	Se han asumido varianzas iguales	2,003	,164	-2,191	44	,034	-1,578	-066
M8	No se han asumido varianzas iguales	-2,210	43,507	,032	-822	,372	-1,572	-072
	Se han asumido varianzas iguales	,888	,351	,468	44	,642	-688	1,105
M11	No se han asumido varianzas iguales	,470	43,991	,641	,208	,443	-685	1,102
	Se han asumido varianzas iguales	,085	,772	-481	44	,633	-923	,567
M12	No se han asumido varianzas iguales	-483	43,947	,632	-178	,369	-921	,565
	Se han asumido varianzas iguales	,177	,676	,508	-303	,454	-1,217	,611
M14	No se han asumido varianzas iguales	-670	43,958	,507	-303	,452	-1,215	,609

M15	Se han asumido varianzas iguales	12,441	,001	-2,773	44	,008	-1,027	,370	-1,773	-,280
	No se han asumido varianzas iguales			-2,710	32,562	,011	-1,027	,379	-1,798	-,255
M18	Se han asumido varianzas iguales	,000	,997	-,776	44	,442	-,273	,351	-,981	,435
	No se han asumido varianzas iguales			-,775	43,491	,442	-,273	,352	-,982	,436
M2	Se han asumido varianzas iguales	,049	,825	,911	44	,367	,330	,362	-,399	1,059
	No se han asumido varianzas iguales			,916	43,943	,365	,330	,360	-,395	1,055
M23	Se han asumido varianzas iguales	,487	,489	-,165	44	,870	-,072	,437	-,953	,809
	No se han asumido varianzas iguales			-,164	42,592	,871	-,072	,439	-,958	,814
M24	Se han asumido varianzas iguales	,011	,917	-1,550	44	,128	-,538	,347	-1,237	,161

No se han asumido varianzas iguales	-1,551	43,669	,128	-538	,347	-1,237	,161
Se han asumido varianzas iguales	,074	44	,045	-,701	,340	-1,385	-,016
M25							
No se han asumido varianzas iguales	-2,097	40,725	,042	-,701	,334	-1,376	-,026
Se han asumido varianzas iguales	,374	44	,212	-,530	,418	-1,374	,313
M29							
No se han asumido varianzas iguales	-1,264	42,980	,213	-,530	,420	-1,377	,316
Se han asumido varianzas iguales	,922	44	,306	-,424	,409	-1,249	,401
M30							
No se han asumido varianzas iguales	-1,035	43,468	,306	-,424	,410	-1,250	,402
Se han asumido varianzas iguales	,796	44	,352	-,375	,398	-1,178	,428
M33							
No se han asumido varianzas iguales	-,944	43,982	,350	-,375	,397	-1,175	,425

M34	Se han asumido varianzas iguales	,127	,723	-2,754	44	,009	-894	,325	-1,548	-240
	No se han asumido varianzas iguales			-2,743	42,598	,009	-894	,326	-1,551	-237
	Se han asumido varianzas iguales	1,006	,321	,255	44	,800	,095	,371	-653	,843
M36	No se han asumido varianzas iguales			,252	39,119	,802	,095	,376	-665	,854
	Se han asumido varianzas iguales	1,188	,282	,168	44	,867	,068	,406	-750	,887
M37	No se han asumido varianzas iguales			,167	41,303	,868	,068	,409	-758	,894
	Se han asumido varianzas iguales	3,648	,063	,606	44	,547	,239	,394	-554	1,032
M41	No se han asumido varianzas iguales			,613	43,163	,543	,239	,390	-547	1,024
M43	Se han asumido varianzas iguales	9,458	,004	-1,748	44	,087	-674	,386	-1,452	,103

M54	Se han asumido varianzas iguales	3,169	,082	,606	44	,548	,250	,413	-,582	1,082
	No se han asumido varianzas iguales			,612	43,181	,544	,250	,409	-,574	1,074
M56	Se han asumido varianzas iguales	,868	,356	,794	44	,432	,295	,372	-,455	1,046
	No se han asumido varianzas iguales			,790	42,238	,434	,295	,374	-,459	1,050
M57	Se han asumido varianzas iguales	,034	,855	-1,154	44	,255	-,417	,361	-1,144	,311
	No se han asumido varianzas iguales			-1,153	43,505	,255	-,417	,361	-1,145	,312
M58	Se han asumido varianzas iguales	1,339	,253	-2,256	44	,029	-,826	,366	-1,563	-,088
	No se han asumido varianzas iguales			-2,276	43,513	,028	-,826	,363	-1,557	-,094
M63	Se han asumido varianzas iguales	,444	,509	-1,292	44	,203	-,489	,378	-1,251	,273

No se han asumido varianzas iguales		-1,292	43,627	,203	-489	,378	-1,251	,274
Se han asumido varianzas iguales	,931	,032	44	,975	,011	,358	-,710	,733
M64 No se han asumido varianzas iguales		,032	42,011	,975	,011	,360	-,715	,738

Se puede observar que hay diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes cursantes y egresados solamente en el ítem C15 correspondiente a la escala EMES-C, mientras que en la escala EMES-M se observan 5 ítems que presentan diferencias estadísticamente significativas: M8, M15, M25, M34 y M58.

El único ítem de la escala EMES-C que presenta variación estadísticamente significativa es el C15, correspondiente al factor *temor a hablar en público y enfrentarse con superiores*. En esta categoría, se observa una leve tendencia de los jóvenes egresados con discapacidad intelectual a temer casi siempre a enfrentarse a un superior si se es criticado injustamente, miedo que radica en la posibilidad de fallar en la argumentación.

En cuanto a los datos obtenidos por la escala EMES-M se encuentra que hay una diferencia significativa en tres ítems de la dimensión *expresión de molestia, desagrado y enfado*. En estos ítems se observa que los egresados tienen un puntaje superior a los cursantes. El ítem M8 (si un amigo al que le he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo) el grupo de jóvenes con discapacidad intelectual egresados casi siempre le hace recordar el préstamo otorgado a un amigo, mientras que en los cursantes se mantiene la media. En el ítem M15 (me reservo mis opiniones), si bien ambos grupos tienen un puntaje bajo, en el grupo de cursantes es más notorio, ya que la ponderación señala que siempre se reservan sus opiniones. En el ítem 34 (expreso mi punto de vista aunque sea impopular), el grupo de jóvenes egresados mantiene una puntuación media, mientras que los cursantes tienen una puntuación baja, respondiendo que casi nunca expresan su punto de vista.

El ítem 25 (expreso sentimientos de cariño a mis padres) corresponde a la dimensión *expresión de cariño hacia los padres*. En este punto el grupo de jóvenes con discapacidad

intelectual egresados casi siempre expresan su cariño a los padres, mientras que el grupo de cursantes mantiene la media.

El ítem 58 (cuando un empleado en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, le llamo la atención al respecto), correspondiente a la dimensión *defensa de los derechos del consumidor*, hay una tendencia a que el grupo de egresados defienda sus derechos de consumidor, mientras que en el grupo de cursantes se mantiene la media.

La comparación entre ambos grupos, permite observar que si bien no hay diferencias significativas en la mayoría de los ítems de las dos escalas, en algunos aspectos, los jóvenes con discapacidad intelectual egresados de las escuelas especiales presentan un mayor desarrollo de habilidades sociales, haciéndose más notorio en la expresión de molestia, desagrado y enfado.

Capítulo 10: Discusión y Conclusión

Para realizar la discusión de los resultados obtenidos y la elaboración de conclusiones, retomaremos la hipótesis inicial y las preguntas de investigación que orientaron el estudio.

La hipótesis planteaba que “Los jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada cursantes y egresados de las escuelas especiales en el norte del Departamento de Punilla, de la provincia de Córdoba, presentan déficit en habilidades sociales”. La pregunta central que orientó este trabajo de investigación fue: ¿Cuál es el grado adquirido de habilidades sociales en los jóvenes con discapacidad intelectual?

Los resultados obtenidos con las dos escalas utilizadas, evidencian que los factores que presentan mayor déficit en habilidades sociales están vinculados con el *inicio de interacciones*, *expresión de molestia*, *desagrado y enfado* y *el hablar en público y enfrentarse con superiores*. Cabe destacar que el mayor porcentaje de déficit se presenta en las habilidades sociales motoras, en donde el sujeto debe mostrar comportamientos de adecuación social e interpersonal. Asimismo, se observa que el hablar en público y enfrentarse con superiores presentan déficit tanto en lo cognitivo como en lo motor.

Es importante señalar que la mayor limitación de la investigación tuvo que ver con la complejidad de la muestra y los instrumentos utilizados para la recolección de datos. El presente trabajo se propuso como uno de sus objetivos específicos propiciar la participación activa de los jóvenes con discapacidad intelectual, sin intervención de otros actores, en la recolección de datos. El problema de investigación debe pertenecer a las personas con discapacidad, aunque no hayan iniciado la indagación, se deben promover los intereses de las personas con discapacidad,

implicarlas en el proceso de investigación (Walmsley y Johnson, 2003:64). Escuchar la voz de la población estudiada es el primer inicio para futuras investigaciones inclusivas. Con respecto a la otra dificultad, los instrumentos de recolección de datos, se utilizaron las escalas EMES-C y EMES-M de Caballo para la medición de habilidades sociales, las cuales son administradas sobre población sin discapacidad intelectual. Si bien, las mismas fueron adaptadas, según criterios de los jueces expertos, en varias oportunidades se debió aclarar determinadas variaciones lingüísticas, ya que algunas palabras o frases no son utilizadas en el contexto en el cual se realizó la investigación. También se debe considerar como otro aspecto que dificultó la comprensión de algunos ítems, las limitaciones intelectuales de nuestra población objeto de estudio.

La primera pregunta de investigación planteaba: ¿Qué habilidades sociales muestran los jóvenes con discapacidad intelectual en la iniciación de interacciones?

De acuerdo a los datos obtenidos, este factor fue el que presentó un mayor porcentaje deficitario con respecto a otras dimensiones tenidas en cuenta en las escalas empleadas. Sobre un total de 7 ítems, 6 mostraron un déficit significativo. Casi todos los reactivos están vinculados con la conversación: *evito hacer preguntas a personas que no conozco, me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño, cuando conozco gente nueva no sé qué decir, no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto*. La mayor parte de la interacción social se vale de la conversación. Enfatiza Trower (1981) que la conversación es claramente el componente más esencial de las habilidades sociales, formando la estructura de la interacción. Es especialmente importante en ciertas situaciones como es el caso de los primeros encuentros, donde constituye el soporte de los saludos rituales, presentaciones y otros intercambios recíprocos y de etiqueta. En una conversación, la gente no sabe a menudo como iniciarla o introducirse en ella. Una vez que la conversación ha empezado, es importante saber cómo mantenerla y como finalizarla (Caballo,

1991). Lazarus (1973) señaló que el iniciar, mantener y finalizar una conversación es uno de los cuatro elementos del componente verbal.

La siguiente pregunta de investigación que se analiza es: ¿Qué habilidades sociales presentan los jóvenes con discapacidad intelectual para la expresión de sentimientos negativos y positivos?

Según los datos obtenidos, se evidencia que hay mayor déficit en la expresión de molestia, desagrado y enfado (sentimientos negativos). Según la clasificación de habilidades sociales que hace Caballo (1993), menciona como elementos que hacen a una conducta socialmente habilidosa el expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo y la expresión justificada de molestia, desagrado o enfado. A veces la expresión de sentimientos negativos aparecería de un modo social inadecuado, producto de escasos contactos sociales o sobreprotección del medio familiar. Otras veces, puede suceder que exista una percepción errónea del comportamiento de la otra persona, asociado a una autoestima devaluada y una baja tolerancia a la frustración. Aunque los ítems con déficit corresponden a las habilidades sociales motoras, pueden encontrarse alguna interrelación o mutua influencia con el componente cognitivo. Podemos decir que, las expectativas guían la selección (elección) de la respuesta óptima de entre las muchas que la persona es capaz de construir dentro de cada situación social. Si el sujeto cree que los resultados de su actuación no serán positivos, dejará de enfrentarse a la situación (inhibición) o bien emitirá conductas inadecuadas. Ante una situación nueva, en ausencia de información sobre las expectativas conducta-resultados, la actuación de la persona dependerá básicamente de las expectativas conducta - resultados previos (experiencia) ante situaciones similares. Podemos inferir que las limitaciones para poder expresar molestias, desagrado y enfado están vinculadas con la baja autodeterminación, considerada ésta como la capacidad que tiene una persona de

elegir y realizar elecciones en lugar de que otras personas o factores sean los determinantes de las acciones de uno (Deci y Ryan, 1985).

Sin embargo, los ítems 6 (*Si un/a amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado*), 8 (*si un amigo al que le he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo*) y 25 (*expreso sentimientos de cariño hacia mis padres*) presentan una adecuada habilidad social en situaciones de expresión de sentimientos negativos y positivos, teniendo como patrón común que la cercanía, amistad y familiaridad co-ayudan a dicha manifestación. Es decir, este aspecto muestra que el nivel microsistema del contexto – quinta dimensión del modelo teórico de discapacidad intelectual de la AAID (2002) – es un factor determinante para el desarrollo de las habilidades sociales.

La tercera pregunta de investigación planteaba: ¿Qué habilidades sociales presentan los jóvenes con discapacidad intelectual para hablar en público y enfrentarse con sus superiores? Este factor fue el único que mostró un déficit tanto en las habilidades sociales cognitivas como en las motoras.

En la escala cognitiva, los ítems 11 (*temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo*) y 18 (*me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí*) mostraron una baja puntuación.

Las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. La persona busca algunas situaciones y evita otras. El modo cómo selecciona las situaciones, los estímulos y acontecimientos, cómo los percibe y evalúa en sus procesos cognitivos forma parte de esta dimensión cognitiva y depende de los procesos cognitivos o expectativas de autoeficacia percibida. Cuando los sujetos se consideran incompetentes y

carentes de valor personal, tienden a esperar que los demás también les perciban sin valía y les rechacen (Calleja, 1994).

Las limitaciones de los jóvenes con discapacidad intelectual para adaptarse a las exigencias y expectativas sociales de los demás, da lugar a que las personas de su entorno se acomoden a tales disfunciones, reaccionando de dos maneras: sobreprotegiéndolo o exigiendo un comportamiento que se considera socialmente como “normal”. En cualquier caso, el resultado es una incomunicación que afectará su integridad afectivo-emocional, la cual, añadida a sus trastornos instrumentales, le va a impedir la integración educativa, social y laboral (Boluarte, Méndez y Martell, 2006).

Dentro de la escala motora se identificaron cuatro ítems con déficit: 37 (*soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores*), 53 (*soy incapaz de hablar en público*), 56 (*evito pedir algo a una persona cuando se trata de un superior*) y 63 (*soy una persona tímida*).

Si bien estos aspectos también muchas veces se encuentran deficitarios en las personas sin discapacidad intelectual, dentro del colectivo objeto de estudio, esto se ve reforzado y amplificado haciéndoseles muy cuesta arriba la expresión verbal en público y el enfrentamiento con personas de mayor jerarquía o poder. Como se señaló en otros factores sociales, el componente cognitivo condiciona la conducta de estas personas, inhibiendo conductas habilidosas y/o evitando situaciones de presión. Recordemos que Caballo (2002) incorpora a la lista de los 12 elementos básicos de la dimensión verbal la habilidad de hablar en público. También puede suceder que los jóvenes con discapacidad intelectual padezcan trastornos en el lenguaje, por lo que traten de ocultar sus afecciones o tengan dificultad para hablar en público o dirigirse a personas de otra jerarquía.

Conclusiones

En esta investigación se ha dado cuenta de la importancia de las habilidades sociales en el contexto de la discapacidad intelectual, su adecuada adquisición, desarrollo y mantenimiento, para favorecer el proceso de inserción social y laboral. La discapacidad intelectual alude a un funcionamiento general cuyas características son: presencia de un cociente intelectual (CI) menor a 70, una limitación en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, siendo el inicio antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002). Las limitaciones del CI se acompañan de dificultades adaptativas como las habilidades de la vida cotidiana, la comunicación y la socialización. Autores como Bramlett, Smith y Edmonds, (1994); Greenspan y Granfield, (1992); Gresham y Reschly; (1988) señalan que, aunque esté bien establecido que los individuos con discapacidad intelectual tienen problemas en habilidades sociales, es necesaria más información estadística de los problemas en las interacciones sociales de las distintas edades, niveles y categorías de estudiantes con discapacidad intelectual.

De acuerdo a los datos obtenidos, la dimensión Iniciación de interacciones fue la que presentó un mayor porcentaje deficitario con respecto a otras dimensiones tenidas en cuenta en las escalas empleadas. Sobre un total de 7 ítems, 6 mostraron un déficit significativo. Casi todos los reactivos están vinculados con la conversación: evito hacer preguntas a personas que no conozco, me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño, cuando conozco gente nueva no sé qué decir, no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto. La mayor parte de la interacción social se vale de la conversación. Enfatiza Trower (1981) que la conversación es claramente el componente más esencial de las habilidades sociales, formando la estructura de la interacción.

Los resultados obtenidos en las dos escalas utilizadas, evidencian que los factores que presentan mayor déficit en habilidades sociales están vinculados con el inicio de interacciones, expresión de molestia, desagrado y enfado y el hablar en público y enfrentarse con superiores. Cabe destacar que el mayor porcentaje de déficit se presenta en las habilidades sociales motoras, en donde el sujeto debe mostrar comportamientos de adecuación social e interpersonal. Asimismo, se observa que el hablar en público y enfrentarse con superiores presentan déficit tanto en lo cognitivo como en lo motor.

Podemos concluir a partir de los resultados obtenidos que:

- La poca participación social de este colectivo se vislumbrar en un significativo déficit en la iniciación de las interacciones, expresadas en conductas tales como, pedir algo a un desconocido, expresar su propio punto de vista, negarse a una petición, expresarle algo a una persona atractiva del sexo opuesto, manifestar enfado o desagrado.
- Se pueden mencionar varios factores que contribuyen en el escaso nivel de participación: las bajas expectativas de desempeño social que se tienen para con las personas con discapacidad intelectual, los pocos encuentros inclusivos reales de índole cultural, social y/o deportivo y las escasas posibilidades de promoción de la formación e inclusión socio-laboral fuera del ámbito escolar
- La baja participación social también está condicionada por el entorno, en donde mitos y tabúes pesan sobre este colectivo
- Algunas veces, las familias funcionan como un verdadero punto de apoyo para el desarrollo de las habilidades sociales y, en otras ocasiones, pueden adoptar una actitud

sobreprotectora que termina reforzando la baja autoestima y la no autodeterminación del sujeto con discapacidad intelectual.

- Si bien la elección de obtener información por parte del universo de estudio complejizó el procedimiento de recolección de datos, consideramos que los resultados obtenidos propiciaron un acercamiento profundo y pormenorizado de la puesta en práctica de las habilidades sociales de los jóvenes con discapacidad en situaciones cotidianas comunes que, a simple vista, no deberían generar mayor ansiedad a la mayoría de las personas. Estamos convencidos de la necesidad de que futuros estudios también incluyan la voz de los jóvenes con discapacidad, como punto de partida de una investigación que comience a ser cada vez más inclusiva.
- Creemos que el ámbito escolar junto al familiar, serían los escenarios propicios para fomentar y favorecer el desarrollo de habilidades sociales complejas y básicas, como así también vehículo de negociaciones, expresión de opiniones, actitudes, derechos y resolución de conflictos, neutralizando futuras probabilidades de aparición de patología y vínculos disfuncionales, entre otras importantes cuestiones.
- Los resultados del presente trabajo de investigación apoyan la idea que la implementación de un programa sistematizado de enseñanza de habilidades sociales en la currícula de educación especial, incluyendo al sistema familiar, reflexionando sobre aspectos nodales del ser con otros, con docentes bien capacitados para dicha empresa, beneficiarían ampliamente a los alumnos de escuelas especiales (jóvenes con discapacidad intelectual) y a la sociedad en su conjunto.

Si la discapacidad no se considera como un déficit o limitación personal y, en cambio, se concibe como una responsabilidad social por la que todas las personas puedan

ser apoyadas para llevar adelante vidas independientes y plenas, seguramente, modificaremos nuestra percepción sobre ella y aprendamos a relacionarnos los unos con los otros de forma igualitaria, preponderando el respeto por la condición de otro ser humano.

ANEXO

Tabla 1
Componentes de las habilidades sociales

Componentes de habilidades sociales		
conductual	componentes no verbales	Mirada expresión facial Sonrisas Posturas Gestos movimientos de piernas y pies distancia/proximidad
	componentes paralingüísticos	Latencia Volumen Timbre tono e inflexión la fluidez/perturbaciones del habla Claridad Velocidad
	componentes verbales	elementos del habla expresiones asertivas Conversación
	elementos ambientales	variables físicas variables sociodemográficas variables organizativas variables interpersonales variables conductuales
cognitivas	Percepciones sobre ambientes de comunicación	Formalidad ambiente cálido ambiente privado Familiaridad Restricción Distancia
	variables cognitivas	competencias cognitivas estrategias de codificación y constructos personales Expectativas valores subjetivos de los estímulos Autorregulación
fisiológicas		tasa cardíaca presión sanguínea flujo sanguíneo respuestas electrodermales respuestas electromiográficas Respiración

Fuente: Elaboración propia basada en Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid. Siglo XXI.

Tabla 2

Autor	Criterio de clasificación	Clasificación de habilidades sociales	Entrenamiento
Caballo	<p>Déficits que generalmente muestran las personas con un bajo nivel de competencia social:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carecen de habilidades sociales 2. Muestran ansiedad ante situaciones sociales 3. Presentan cogniciones inadecuadas 4. Tienen dificultades para discriminar contextos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer relaciones sociales: inicio mantenimiento de un contacto social 2. Hacer y recibir cumplidos 3. Hacer y rechazar peticiones 4. Expresar molestias, desagradados, disgustos 5. Afrontar críticas 6. Procedimientos defensivos: eliminar patrones destructivos, reemplazar por patrones adecuados 7. Procedimientos de ataques 8. Defender derechos 9. Expresar opiniones 10. Expresar sentimientos de amor, agrado, afecto 11. Habilidades heterosociales con el sexo opuesto 	<p>Su proceso de entrenamiento en habilidades sociales se desarrolla en cuatro elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrenamiento en habilidades: incluye procedimientos de la teoría del aprendizaje social (instrucciones, modelado, ensayo de la conducta, retroalimentación y reforzamiento) 2. Reducción de la ansiedad: se pueden emplear técnicas de relajación 3. Reestructuración cognitiva: se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto 4. Entrenamiento en solución de problemas
Goldstein	<p>Nivel de complejidad de las habilidades sociales para su posterior entrenamiento. Parte de las más básicas a las más complejas. Se agrupan las 50 habilidades propuestas por el autor en 6 bloques</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeras habilidades sociales (escuchar, hacer cumplidos) 2. Habilidades sociales avanzadas (pedir ayuda, disculparse) 3. Habilidades sociales vinculadas con los sentimientos (conocer y expresar los propios sentimientos) 4. Habilidades alternativas a la agresión (negociación, defender 	<p>Método de aprendizaje Estructurado compuesto por cuatro elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelamiento: aprendizaje por observación, efectos de inhibición y desinhibición, facilitación de conductas 2. Representación de papeles

		los propios derechos) 5. Habilidades para hacer frente al estrés (formular y responder a las quejas, hacer frente a las presiones grupales) 6. Habilidades de planificación (tomar iniciativas, establecer objetivos)	3. Retroalimentación del rendimiento: recompensa, crítica, refuerzo, repetición del aprendizaje 4. Reforzamiento: material, social y autorrefuerzo
Del Prette y Del Prette (1999)	Tiene en cuenta las reacciones de una persona en las interacciones sociales. Estas pueden ser habilidosas, no habilidosas pasivas y no habilidosas activas. Una persona socialmente habilidosa se caracteriza por la asertividad, empatía, expresión de sentimientos positivos y negativos en forma apropiada y civilizada. También se incluyen las habilidades en la comunicación, en la resolución de problemas interpersonales y de cooperación y la resolución de problemas vinculados al desempeño en las actividades profesionales	1. Habilidades sociales de comunicación 2. Habilidades sociales de civilidad 3. Habilidades sociales asertivas de enfrentamiento 4. Habilidades sociales empáticas 5. Habilidades sociales de trabajo 6. Habilidades sociales de expresión de sentimientos positivos	

Fuente: Elaboración propia basado en Betancor, Á. T., de Bustillo, M. D. C. M., & Jorge, C. M. H. (2001).

Tabla 3. Algunos inventarios empleados en la evaluación de las habilidades sociales

Inventarios sobre habilidades sociales	
Escala sobre Conductas Interpersonales (<i>SIB, Scale for Interpersonal Behavior</i>)	Arrindell et al. (1990)
Inventario de Asertividad-Agresividad de Bakker (<i>BAAI, Bakker Assertiveness-Aggressiveness Inventory</i>)	Bakker y cols. (1978)
Medida de la Búsqueda Asertiva de Trabajo (<i>AJHS, Assertive Job-Hunting Survey</i>)	Becker (1980)
Cuestionario sobre Aserción de Callner y Ross (<i>Callner-Ross Assertion Questionnaire</i>)	Callner y Ross (1976)
Inventario de Conducta Asertiva, de Del Greco (<i>DABI, Del Greco Assertive Behavior Inventory</i>)	Del Greco (1983)
Cuestionario de Autoevaluación de la Aserción (<i>ASAT, Assertion Self-Asseessment Table</i>)	Galassi y Galassi (1977 b)
Inventario de Situaciones Interpersonales (<i>ISI, Interpersonal Situation Inventory</i>)	Goldsmith y McFall (1975)
Análisis de la Aserción Personal (<i>PAA, Personal Assertion Analysis</i>)	Hedlund y Lindquist (1984)
Inventario por Autoinforme de la Asertividad (<i>ASRI, Assertiveness Self- Report Inventory</i>)	Herzberger, Chan y Katz (1984)
Escala de Retraimiento Social (<i>SRS, Social Reticence Scale</i>)	Jones y Russell (1982)
Escala de Asertividad para Adolescentes (<i>ASA, Assertiveness Scale for Adolescents</i>)	Lee y Cols. (1985)
Cuestionario de Citas y Asertividad (<i>DAQ, Dating and Assertion Questionnaire</i>)	Levenson y Gottman (1978)
Inventario de Relaciones Personales (<i>PRI, Personal Relations Inventory</i>)	Lorr y More (1980)
Cuestionario Matson para la Evaluación de Habilidades Sociales con Jóvenes (<i>MESSY, Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters</i>)	Lorre y Myhill (1982)
Escala de Asertividad de Rathus Simplificada (<i>SRAS, Simple Rathus Assertiveness Schedule</i>)	Matson, Rotatori y Helsel (1983)
Inventario de Resolución de Conflictos (<i>CRI, Conflict Resolution Inventory</i>)	McCormick (1984)
Inventario de Asertividad para ATS (<i>NAI, Nurses Assertiveness Inventory</i>)	McFall y Lillesand (1971)
	Michelson y cols (1986)

Fuente: Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo veintiuno. España.

Tabla 4. Escala EMES-C utilizada en la investigación

EMES-C	
Dimensión	Ítems
Temor a la expresión en público y enfrentarse con superiores	11: temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo 15: cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación 18: me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí 27: me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente 40: me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal
Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones	13: me preocupa hacer una escena cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres 28: temo rechazar peticiones que vienen de mis padres
Temor a hacer y recibir peticiones	32: he pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer
Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas	41: temo que la gente me critique
Preocupación por la impresión causada en los demás	31: me preocupa lo que la gente piense de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho 41: temo que la gente me critique
Temor a expresar sentimientos positivos	17: temo expresar cariño hacia mis padres 23: he pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona
Asunción de posibles carencias propias	9: el hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser

Fuente: Elaboración propia basada en Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid. Siglo XXI.

Tabla 5. *Escala EMES-M utilizada en la investigación*

EMES-M	
Factores	Items
Iniciación de interacciones	4: evito hacer preguntas a personas que no conozco 23: me resulta difícil hacer nuevos amigos 36: Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño 43: Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir 47: No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto 54: Soy incapaz de mostrar afecto a un miembro del sexo opuesto 63: soy una persona tímida
Hablar en público/ enfrentarse con superiores	7: cuando mi superior o jefe me irrita soy incapaz de decírselo 18: me resulta difícil hablar en público 20: evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez 37: soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores 41: me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior 53: soy incapaz de hablar en público 56: evito pedir algo a una persona cuando se trata de un superior 63: soy una persona tímida
Defensa de los derechos del consumidor	12: si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen 30: si en un restaurante me sirven comida que no está a mi gusto, me quejo de ello al camarero 44: hago la vista gorda cuando alguien se cuele delante de mí en una fila 58: cuando un empleado en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, le llamo la atención al respecto
Expresión de molestia, desagrado y enfado	14: cuando me siento enojado con alguien lo oculto 15: me reservo mis opiniones 24: si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona 34: expreso mi punto de vista aunque sea impopular 64: me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta
Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	54: Soy incapaz de mostrar afecto a un miembro del sexo opuesto
Expresión de enfado y molestia hacia familiares	33: si estoy enfadado con mis padres se los hago saber 49: si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente

	57: si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar
Aceptación de cumplidos	3: cuando la gente me presiona para que haga algo por ellos, me resulta difícil decir que no
Expresión de cariño hacia los padres	25: expreso sentimientos de cariño hacia mis padres

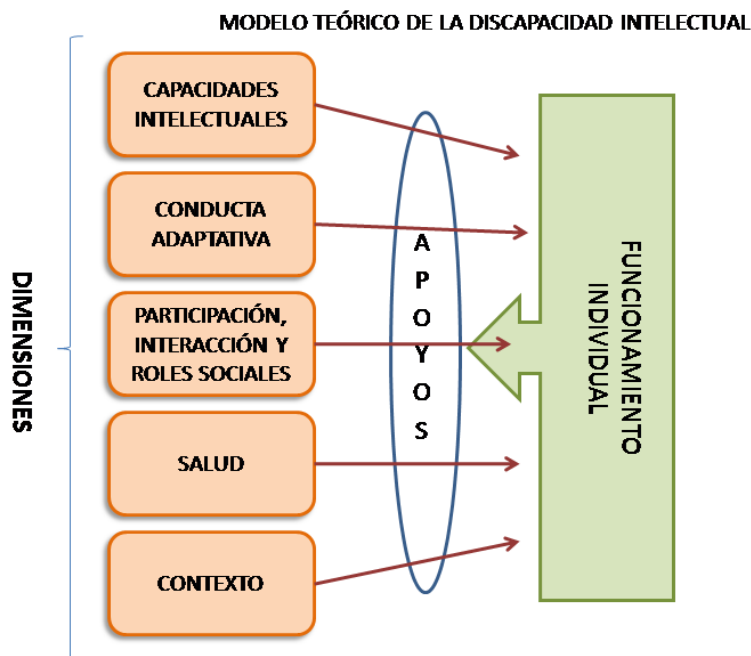
Fuente: Elaboración propia basada en Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid. Siglo XXI.

Tabla 6. Certificado Único de Discapacidad

Tipo de discapacidad	cantidad de personas	%
motora mental	11.558	41,90%
motora mental auditiva	270	1,00%
motora mental auditiva visual	64	0,20%
motora mental auditiva visceral	42	0,20%
motora mental visceral	1.333	4,80%
motora auditiva	979	3,60%
motora auditiva visual	101	0,40%
motora auditiva visual visceral	137	0,50%
motora visual	1.152	4,20%
motora visual visceral	368	1,30%
motora visceral	5.651	20,50%
mental auditiva	954	3,50%
mental auditiva visual	84	0,30%
mental auditiva visual visceral	10	0,00%
mental auditiva visceral	44	0,20%
mental visual	938	3,40%
mental visual visceral	77	0,30%
mental visceral	1.507	5,50%
auditiva visual	388	1,40%
auditiva visual visceral	43	0,20%
auditiva visceral	345	1,30%
visual visceral	962	3,50%

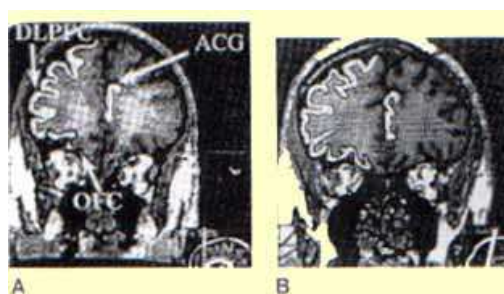
Fuente: Pellegrini, R. (2014). Cifras de la discapacidad en la Argentina: ¿están todos los que son? *El Cisne*, (288), p 4-6.

Grafico 1



Fuente: Figura 1. Modelo teórico de discapacidad intelectual (Luckasson y cols., 2002, p. 10)

Grafico 2



Cortes coronales representativos de una serie de imágenes obtenidas por resonancia magnética en una persona adulta joven con síndrome de Down (A) y otra control de la misma edad y sexo (B). El valor medio del volumen de la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) disminuyó de $20,6 \pm 4,4 \text{ cm}^3$ en los controles a $15,1 \pm 1,8 \text{ cm}^3$ en los adultos con síndrome de Down; el de la corteza orbitofrontal (OFC), de $5,95 \pm 1,3 \text{ cm}^3$ a $5,05 \pm 0,9 \text{ cm}^3$, respectivamente; y el de la corteza cingulada anterior, de $2,68 \pm 0,74 \text{ cm}^3$ a $0,72 \pm 0,3 \text{ cm}^3$, respectivamente.

(Tomada de Raz et al., 1995). Fuente: Florez, J (1999). Recuperado de

<http://www.downcantabria.com/articuloN1.htm>

Apéndice

Nota entregada a padres o tutores de menores

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un equipo de profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad de Flores estamos realizando una investigación con el objeto de conocer algunos aspectos relacionados con las habilidades sociales en los jóvenes.

Solicitamos a usted su autorización para que su hijo/a complete un cuestionario que evalúa una variedad de actitudes, sentimientos y conductas. La información brindada ES ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL.

Si usted está de acuerdo, le solicitamos que firme el consentimiento que aparece más abajo

Muchas gracias por su colaboración

Al firmar este consentimiento acepto que mi hijo/a DNI
Nº.....participe de manera voluntaria en esta investigación.

Se me informó que:

- en cualquier momento mi hijo/a puede desistir de participar y retirarse de la investigación
- se resguardará su identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos personales, así como de su desempeño.

Firma y aclaración:

DNI:

Referencias

- Aguado Díaz, A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial.
- Aimar, E. (2014). Evolución del concepto “discapacidad” de la invalidez al reconocimiento de la persona como sujeto de derecho. *El Cisne*, (288), p 30-31.
- Alonso, I. G. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual The current concept on intellectual disability. *Intervención psicosocial*, 14(3), p 255-276. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/100008.pdf>
- Alonso, M. Á. V., & Bermejo, B. G. (2009). *Discapacidad intelectual: adaptación social y problemas de comportamiento*. España: Pirámide
- Alonso, M. Á. V., & Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), p 7-21.
- Andolfi, M. (1982). *Detrás de la máscara familiar. Amorrortu. Buenos Aires*.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (2011): *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, traducción de Miguel Ángel Verdugo, Alianza Editorial, Madrid.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1987). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2003). *Disability*. Polity. Retrieved from <https://static.cambridge.org/resource/id/urn:cambridge.org:id:binary:20161202105810985>

[-0403:S0038038501250159:S0038038501000153a.pdf](#)

- Barnes, C., & Mercer, G. (Eds.). (1996). *Exploring the divide: Illness and disability*. Leeds: Disability Press.
- Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34(5), 443-449.
- Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34(5), p 443-449.
- Bas, E. (2014). Educar para innovar: La innovación como cultura. Juventud, proactividad, creatividad, participación y visión de futuro compartida. *Revista de Estudios de Juventud*, 104, p11-30. Recuperado de:
http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/Revista_n_104_Imagenes_de_futuro_en_la_juventud.pdf#page=12
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour research and therapy*, 23(2), p 109-117.
- Beledo, J. F. (1988). Cuidados médicos de las personas con síndrome de Down. In *Síndrome de Down: avances en acción familiar* (pp. 33-66). Fundación Síndrome de Down de Cantabria.
- Belgich, H. E. (2004). *Sujetos con capacidades diferentes: sexualidad y subjetivación*. Kinesis.
- Betancor, Á. T., de Bustillo, M. D. C. M., & Jorge, C. M. H. (2001). Los estudiantes

universitarios de carreras asistenciales: qué habilidades interpersonales dominan y cuáles creen necesarias para su futuro profesional. *Aula abierta*, (78), p 1-18.

- Boscolo, I., & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós.
- Bramlett, R. K., Smith, B. L., & Edmonds, J. (1994). A comparison of nonreferred, learning-disabled, and mildly mentally retarded students utilizing the social skills rating system. *Psychology in the Schools*, 31(1), 13-19.
- Bronfenbrenner, U. (1987). Family support: The quiet revolution. In S. L. Kagan, D. R. Powell, B. Weissbourd, & E. F. Zigler (Eds.), *America's family support programs* (pp. xi-xvii).
- Caballo, V. E. (1986). *Evaluación de las habilidades sociales. Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide, 553-595.
- Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Una estrategia multimodal*. Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid.
- Caballo, V. E. (1988). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Disertación doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid. Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Del Prette, Z. A. P., Monjas, I., & Carrillo, G. (2006). *La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, p 401-420.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J., & Rosa, A. I. (2003). Una revisión

de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología conductual*, 11(3), 539-562.

- Caballo, V.E. (1987). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carroble (Comps.). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (3ª ed., pp.553-595). Madrid: Pirámide.
- Cabrera-García, V. E., Lizarazo-Sandoval, F.A. y Medina-Casallas, D. C. (2016). Necesidades de relaciones sociales de niños y niñas con discapacidad intelectual en la familia y en la escuela. *Revista educación y desarrollo social*. 10(2), p 86-101.
Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.18359/reds.1554>.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. *Buenos Aires*. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>
- Canada: Canadian students in after-school programs gain higher grades, improved social skills.. (n.d.) >*The Free Library*. (2014). Retrieved from <https://www.thefreelibrary.com/Canada+%3a+Canadian+students+in+after-school+programs+gain+higher...-a0340603522>
- Capra, F., & Sempau, D. (1998). *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- Carlson, L. (2010). *The Faces of Intellectual Disability. Philosophical Reflections*. Bloomington, EEUU: Indiana University Press.
- Carracedo, D. M. *Realidad de la discapacidad intelectual en España y Marruecos*. Dossier Dependencia. Recuperado de [file:///G:/realidad_discapacidad_espana_marruecos%20\(1\).pdf](file:///G:/realidad_discapacidad_espana_marruecos%20(1).pdf)
- Carrillo Marcos, M. (2012). *Inteligencia, conducta adaptativa y calidad de vida*.

Interacciones explicativas de la discapacidad intelectual y la intervención optimizadora.

Tesis doctoral inédita. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

- Ceberio M. R. y Serebrinsky H. (2011) “Dentro y fuera de la caja negra”. Psicolibro. Buenos Aires
- Ceberio, M. R y Gutiérrez, G. M. (2017). Homeostasis del discapacitado intelectual *Revista Sistema Familiares y otros sistemas familiares*, (33), p 56.
- Ceberio, M. R. (2013). El desafío de construir un diagnóstico sistémico. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5 (2), p 155-161.
- Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo: conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Ceberio, Marcelo R. (2010) *La nave de los locos*. Teseo. Buenos Aires.
- Cirillo, S., & Sorrentino, A. (1986). *Handicap and rehabilitation: two types of information upsetting family organization*. *Family process*, 25(2), 283-292.
- Cuartas Ortiz, D., Gil Medina, K., Londoño Cárdenas, C., & Reinoso Acevedo, K. (2014). *El educador especial, abriendo caminos para el envejecimiento activo de personas con discapacidad intelectual en la era digital*. Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia. Recuperado de:
<http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/379/1/D0317.pdf>
- Damasio, A. R. (1994). El error de Descartes: la razón de las emociones. *Editorial Andrés Bello*.
- Dascanio, Denise, Fontaine, Anne Marie GermaneVictorine, Marturano, Edna Maria, &

Del Prette, Zilda A. P. (2016). Crianças e adolescentes intoxicados por chumbo: práticas maternas e problemas de comportamento. *Avaliação Psicológica*, 15(2), p 217-225.

Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000200011&lng=pt&tlng=pt.

- Dayton, M. P., & Mikulas, W. L. (1981). Assertion and non-assertion supported by arousal reduction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12(4), 307-309.
- de Discapacidades Intelectuales, A. A. del Desarrollo (AAIDD)(2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo (11ª edición)*. Madrid: Alianza editorial.
- de Sousa Pereira, C., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009). Habilidades sociais de trabalhadores com e sem deficiência física. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), p 339-346.
- del Prette, Z. A. P., Carrillo, G. B., Casares, M. I. M., & Caballo, V. E. (2006). La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. In *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 401-420). Ediciones Pirámide.
- Díaz, A. L. A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Escuela Libre.
- Dilts, R. B., Epstein, T. A., & Magnet, A. (1997). *Aprendizaje dinámico con PNL*. Urano.
- Duvdevany, Ilana. (2008). Do persons with intellectual disability have a social life? The

Israeli reality. *Salud Pública de México*, 50(Suppl. 2), s222-s229. Retrieved from:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000800016&lng=en&tlng=en.

- Eceiza, M., Arrieta, M., & Goñi, A. (2008). Habilidades sociales y contextos de la conducta social. *Revista de psicodidáctica*, (24), 11-26.
- Eisenberger, N. I., Way, B. M., Taylor, S. E., Welch, W. T., & Lieberman, M. D. (2008). Monoamine Oxidase A, Gender Differences, and Social Exclusion: Response to Gallardo-Pujol et al. *Biological Psychiatry*, 63(2), p11.
- Enkvist, I. (2010). El éxito educativo finlandés. *Bordón. Revista de pedagogía*, 62 (3), p. 49-67.
- Ernesto Martín Padilla, Sarmiento, P. J., & Luz, Y. C. (2013). Educación inclusiva y diversidad funcional en la universidad. *Revista De La Facultad De Medicina*, 61(2), 195-204. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/1676678815?accountid=45173>
- Estrabao, Á., Antonia, O., Cabrera Pupo, M., Velázquez Miranda, M., Rojas Céspedes, A., & Barzaga Ibarra, E. (2009). Caracterización clínico epidemiológica del retraso mental en la población del área de salud Manuel Díaz Legra Julio diciembre, 2007. *Correo Cient Med Holguín*.
- Faur, E. (2007). Fundamentos de derechos humanos para la educación integral de la sexualidad. *Educación sexual en la escuela. Perspectivas y reflexiones*, 23-46.

- Fernández, J. M. G., Berruezo, P. P., & Cobacho, J. P. (2002). *Discapacidad intelectual: desarrollo, comunicación e intervención*. CEPE.
- Feuerstein, R., & Jensen, M. R. (1980). Instrumental enrichment: Theoretical basis, goals, and instruments. In *The Educational Forum* (Vol. 44, No. 4, pp. 401-423). Taylor & Francis Group.
- Fishman, C., Scott, S., & Betof, N. (1977). A Hall of Mirrors. *Mental retardation*, 15 (4), p 24.
- Fishman, H. C., & Vitale, G. (1990). Tratamiento de adolescentes con problemas: un enfoque de terapia familiar. Paidós: Barcelona
- Flórez, J. (2014). Organización de redes neuronales en el cerebro del síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, (121), p 108.
- Foucault, M. (1996). Tecnologías del yo y otros textos afines. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1999). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, trad. Aurelio Garzón del Camino, México DF: Siglo Veintiuno.
- Freitas, L. C., Del Prette, Z. A. P. (2013). Habilidades sociais de crianças com diferentes necessidades educacionais especiais: Avaliação e implicações para intervenção. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 31(2), p 344-362.
- Fruggeri, L. (1997). *Famiglie: dinamiche interpersonali e processi psico-sociali 3ª ed.* Roma: Carocci.

- Galende, E., & Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental: El poder, la ley y los derechos*. Argentina: Lugar Editorial.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples*. Barcelona: Paidós.
- Goldstein, A. P., & Sprafkin, G. (1980). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- González, G., Raggio-Risso, V., Boidi-Hernández, M., Tapié-Nicolini, A. y Roche-Lowezy, L. (2013). Avances en la identificación etiológica del retraso mental. *Revista de Neurología*, 57 (Supl. 1), 75-83. Recuperado de:
<http://www.neurologia.com/sec/deAutor.php?auof=41932&i=e>
- Goodey, J. (2005). *Victims and victimology: Research, policy and practice*. Pearson Education.
- Grandin, T. (2009). *Pensar en imágenes*. Bloomsbury Publishing.
- Greenspan, S., & Granfield, J. M. (1992). Reconsidering the construct of mental retardation: Implications of a model of social competence. *American Journal on Mental Retardation*.
- Gresham, F. M. (1998). Social skills training with children. In *Handbook of child behavior therapy* (pp. 475-497). Springer US.
- Gresham, F. M. (1998). Social skills training with children. In *Handbook of child*

behavior therapy (pp. 475-497). Springer US.

- Gresham, F. M., & Reschly, D. J. (1986). Social skill deficits and low peer acceptance of mainstreamed learning disabled children. *Learning Disability Quarterly*, 9(1), 23-32.
- Gresham, F. M., & Reschly, D. J. (1988). Issues in the conceptualization, classification, and assessment of social skills in the mildly handicapped. *Advances in school psychology*, 6, 203-247.
- Gutiérrez, P., & Martorell, A. (2011). Las personas con discapacidad intelectual ante las TIC/People with intellectual disability and ICTs. *Comunicar*, 18(36), 173-180. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/851145182?accountid=45173>
- Gutiérrez, P., & Martorell, A. (2011). Las personas con discapacidad intelectual ante las TIC/People with intellectual disability and ICTs. *Comunicar*, 18(36), 173-180. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/851145182?accountid=45173>
- Hatzinger, R., & Nagel, H. (2009). *SPSS Statistics: Statistische Methoden und Fallbeispiele* (Vol. 7273). Pearson Deutschland GmbH.
- Heinrichs, M., & Domes, G. (2008). Neuropeptides and social behaviour: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in brainresearch*, 170, 337-350.
- INDEC (2005). Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI, 2002/3). Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, Argentina, 2001. Recuperada de: http://www.indec.gov.ar/webcenso/ENDI/ampliada_index2.asp?mode=01

- Johnson, K., & Walmsley, J. (2003). *Inclusive research with people with learning disabilities: Past, present and futures*. Jessica Kingsley Publishers.
- Juárez, G. R. (2013). El abordaje familiar en el contexto de la discapacidad. Algunas consideraciones para establecer relaciones entre el personal de salud y la familia del paciente. *Investigación en Discapacidad*, 2(1), 23-27.
- Kayama, M. (2010). Parental experiences of children's disabilities and special education in the United States and Japan: Implications for school social work. *Social Work*, 55(2), 117-25. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/193904255?accountid=45173>
- Kayama, M. (2010). Parental experiences of children's disabilities and special education in the United States and Japan: Implications for school social work. *Social Work*, 55(2), 117-25. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/193904255?accountid=45173>
- Kenworthy, L., Anthony, L. G., Naiman, D. Q., Cannon, L., Wills, M. C., Luong Tran, C. & Sokoloff, J. L. (2014). Randomized controlled effectiveness trial of executive function intervention for children on the autism spectrum. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 374-383.
- Kerman, B. (1998). *Nuevas ciencias de la conducta: aplicaciones para el tercer milenio*. Editorial Uflo.
- Kertész, R., & Kerman, B. (1985). *El manejo del stress*. Instituto Privado de Psicología Médica. Kwee, M. G., & Lazarus, A. A. (1986). Multimodal therapy: The cognitive-

behavioural tradition and beyond. *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*, 320-355.

- Kohlberg, L. (1973). Moral Development and the New Social Studies. *Social Education*, 37(5), 369-375.
- Koning, C., Magill-Evans, J., Volden, J., & Dick, B. (2013). Efficacy of cognitive behavior therapy-based social skills intervention for school-aged boys with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(10), 1282-1290.
- Kopp, C. B., Baker, B. L., & Brown, K. W. (1992). Social skills and their correlates: Preschoolers with developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Los últimos momentos de la vida*. Trabajo y Fides.
- Lacunza, A. B., & Contini de González, N. (2009). Las habilidades sociales en niños preescolares en contextos de pobreza. *Ciencias Psicológicas*, 3(1), 57-66.
- Ledoux, J. (1999) *El cerebro emocional*. Buenos Aires: Ariel.
- Lentini, E. (2007). *Discapacidad Mental: un análisis del discurso psiquiátrico*. Editorial Lugar.
- Libert, J. M., & Lewinson, P. M. (1973). Concept of social skills with social reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A. & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.

- Marks, M. B., & Teasell, R. (2006). More than ramps: Accessible health care for people with disabilities/L'accès aux soins de santé pour les personnes handicapées: Plus que des lieux accessibles. *Canadian Medical Association Journal*, 175(4), 329-329,331.
Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/204839093?accountid=45173>
- Márquez-Caraveo, M. E., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L. & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5) 443-449. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221288008>
- Márquez-Caraveo, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-INDEC (2005). Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI, 2002/3). Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, Argentina, 2001. Recuperado de http://www.indec.gov.ar/webcenso/ENDI/ampliada_index2.asp?mode=01
- Martínez Martín, M., & Bilbao León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230.
- Martínez, A. M. Pacheco. (1991). Perspectivas y modo de escolarización de los niños con necesidades educativas especiales. In *Síndrome de Down y educación* (pp. 237-246). Salvat Editores.
- McLaren, J., & Bryson, S. E. (1987). Review of recent epidemiological studies of mental retardation: prevalence, associated disorders, and etiology. *American journal of mental retardation: AJMR*, 92(3), 243.
- Meichenbaum, D., Butler, L. Y Grudson, L.(1981). Toward a conceptual model of social

- competence. En J. Wine y M. Smye (Comps.). *Social competence*. Nueva York: Guilford Press
- *MENA Report*, Retrieved from Canada: Canadian students in after-school programs gain higher grades, improved social skills. (2013). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1427389039?accountid=45173>.
 - Mercer, N., & Fisher, E. (1992). How do teachers help children to learn? An analysis of teachers' interventions in computer-based activities. *Learning and instruction*, 2(4), 339-355.
 - Miller, J. P. (1976). *Humanizing the classroom: Models of teaching in affective education* (Vol. 854). Praeger Publishers.
 - Ministerio de Educación de la Nación, (2011). Educación especial, una modalidad del sistema educativo argentino: orientaciones 1.
 - Ministerio de Educación de la Nación, Instituto Nacional de Formación Docente, Área de Desarrollo Curricular, (2009). *Recomendaciones para la elaboración de Diseños Curriculares*. Buenos Aires.
 - Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente, Unidad de Información, (2007). *Educación Especial, Información estadística para la toma de decisiones: Un camino recorrido y por recorrer*, documento inédito. Buenos Aires.
 - Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Programa Nacional de Inclusión Educativa Volver a la Escuela, Programa Integral de Igualdad Educativa, (2007). *Igualdad, inclusión y trayectoria escolar. Ideas para el debate pedagógico sobre la*

trayectoria escolar, Buenos Aires.

- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (MTEySS) –
Municipalidad de Capilla del Monte (2011). *Documento Base Capilla del Monte*.
Mendieta, M. Capilla del Monte, Córdoba.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Miquel Carrillo Marcos. (2012) *Inteligencia, Conducta Adaptativa y Calidad de Vida. Interacciones Explicativas de la Discapacidad Intelectual y la intervención optimizadora*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona
- Molina, A. D., & Uslar, E. (2002). Mi hijo tiene discapacidad intelectual. *Alternativas de Comunicación para Necesidades Especiales*. Recuperado de:
http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Mi_hijo_tiene_Discapacidad_Intelectual
- Monjas, M.I. y De la Paz, B (Dir.) (2000). *Las habilidades sociales en el curriculum*.
Recuperado de:
<http://www.mepsyd.es/cide/espanol/publicaciones/colecciones/investigacion/col146/col146pc.pdf>
- Muñoz, V. (2007). *El derecho a la educación de las personas con discapacidades*. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la educación.
- Olga, L. P. (2013). Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. *Revista De La Facultad De Medicina*, 61(2), 205-212. Recuperado de
<http://search.proquest.com/docview/1676672902?accountid=45173>
- Oliver, M. (1998). *¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?*.

Madrid: Morata.

- Organización Panamericana de Salud (OPS), (1988). *Rehabilitación basada en la comunidad. Manual del facilitador*. Nicaragua.
- Ortiz, Medina, Cárdena y Acevedo (2014). *El educador especial abriendo caminos para el envejecimiento activo de personas con discapacidad intelectual en la era digital*. Universidad de Antioquía, Medellín Colombia.
- Padilla, E. M., Sarmiento, P. J., & Coy, L. Y. (2013). Educación inclusiva y diversidad funcional en la Universidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(2), 195-204.
Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1676678815?accountid=45173>
- Pantano, L. (2007). Personas con discapacidad: hablemos sin eufemismos. *Revista La Fuente*, 10(33), 3-6.
- Pantano, L. (2013). Datos de la realidad para la comprensión de la discapacidad.
Recuperado de <http://www.historia.hum.unrc.edu.ar/publicaciones/contextos/articulos/vol14/pdfs/01-pantano.pdf>
- Pelechano, V. (1997). Determinantes de las actitudes ante la integración y su modificación. In *Conferencia presentada en la II Jornadas Científicas de Investigación sobre Discapacidad (SAID)*, Organizado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Salamanca (pp. 16-17).
- Pellegrini, R. (2014). Cifras de la discapacidad en la Argentina: ¿están todos los que son? *El Cisne*, (288), p 4-6.

- Pellegrini, R. (2015). La teoría de las inteligencias múltiples y la discapacidad. *El Cisne*, (293), p 12-14.
- Pérez Sánchez, A. M. (2013). TDI. Trastornos del Desarrollo Intelectual (apuntes).
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33196/1/TDI.%20Trastornos%20del%20Desarrollo%20Intelectual%20\(apunte\).pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33196/1/TDI.%20Trastornos%20del%20Desarrollo%20Intelectual%20(apunte).pdf)
- Pérez, J. G. (2003). *Discapacidad intelectual: concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Editorial CCS.
- Pernia, S. R. (2008). La " voz" de las personas con discapacidad intelectual en investigación educativa: repensando las prácticas de investigación. *Revista de educación*, (345), 377-398.
- Petty, R. E., Cacioppo, J. T., & Goldman, R. (1981). Personal involvement as a determinant of argument-based persuasion. *Journal of personality and social psychology*, 41(5), 847.
- Pinola & Del Prette. SKILLS, S. (2007). Habilidades sociais e problemas de comportamento de alunos com deficiência mental, alto e baixo desempenho acadêmico. *Rev. Bras. Ed. Esp*, 13(2), 239-256.
- Prince, M. J. (2010). What about a disability rights act for Canada? practices and lessons from America, Australia, and the United Kingdom. *Canadian Public Policy*, 36(2), 199.
Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/848014361?accountid=45173>
- Raz, N., Torres, I. J., Briggs, S. D., Spencer, W. D., Thornton, A. E., Loken, W. J. & Acker, J. D.

- (1995). Selective neuroanatomic abnormalities in Down's syndrome and their cognitive correlates Evidence from MRI morphometry. *Neurology*, 45(2), 356-366.
- Robert, P. (2007). La educación en Finlandia. Los secretos de un éxito asombroso. *Traducción de Manuel Valdivia*. Recuperado de:
<http://www.colegiofinlandes.com/pdf/circulares/qro/paulRobert.pdf>
 - Roces, C. (2008). *Discapacidad intelectual*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
 - Rock, D. (2008). SCARF: A brain-based model for collaborating with and influencing others. *Neuro Leadership Journal*, 1(1), 44-52.
 - Rodríguez Caamaño, M. J., & Vázquez Ferreira, M. Á. (2006). Sociología de la discapacidad: una propuesta teórica crítica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13(1), 243-249.
 - Rojas, S. (2008). La “voz” de las personas con discapacidad intelectual en investigación educativa. Repensando las prácticas de investigación. *Revista de Educación*, 345, 377-398.
 - Sánchez, L. P., & Gómez, D. C. (2007). Programa de entrenamiento en solución de problemas prácticos aplicado a personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 19(4), 578-584.
 - Sánchez, P. R. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170.
 - Schalock, R. L. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos

individuales y resultados personales. *Siglo Cero*, 40(1), 22-39.

- Selvini Palazzoli (1989). *Paradosso e contrapadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Feltrinelli. Milán. Versión cast. *Paradoja y Paradoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Silberkasten, M. (2006). *La construcción imaginaria de la discapacidad*. Topia.
- Silvers, A., & Stein, M. A. (2002). An equality paradigm for preventing genetic discrimination. *Vand. L. Rev.*, 55, 1341.
- Simon, S. B., & Howe, L. W. (1972). 8c Kirschenbaum, H. *Values clarification: A handbook of practical strategies for teachers and students*. New York: Hart.
- Sinisi, L. (1999). La relación nosotros-otros en espacios escolares multiculturales. Estigma, estereotipo y racialización. *María Rosa Neufeld y Jens Ariel Thisted (comps.). "De eso no se habla..." Los usos de la diversidad sociocultural en la escuela*. Eudeba, Buenos Aires.
- Stiker, H. J. (1999). *A history of disability*. University of Michigan Press.
- Suárez-Escudero, J. C. (2014). Discapacidad y neurociencias: la magnitud del déficit neurológico y neuro psiquiátrico. *Acta Neurológica Colombiana*, 30(4), 290-299.
- Sylvester, P. E. (1983). The hippocampus in Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 27(3), 227-236.
- Tamburrino, V. L. C. La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos.

Informe final. Diciembre 2008. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR – Instituto de Investigaciones

Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Campo Educación. Recuperado de:

http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_AR_6683.pdf

- Taylor, S. E., Burklund, L. J., Eisenberger, N. I., Lehman, B. J., Hilmert, C. J., & Lieberman, M. D. (2008). Neural bases of moderation of cortisol stress responses by psychosocial resources. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 197.
- Terman, D. L., Lerner, M. B., Stevenson, C. S., & Behrman, R. E. (1996). Special education for students with disabilities: Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 4-24.
- Trimarchi, C. L. (2004). *The implementation and evaluation of a social skills training program for children with Asperger syndrome*. Doctoral dissertation. University at Albany, Department of Educational and Counseling Psychology.
- Vallejos, R. P. (2012). La inclusión educativa en tiempos de crisis. *Revista de Educación inclusiva*, 5(1), 15-26.
- Vallés Arándiga, A., & Vallés Tortosa, C. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela. Una propuesta curricular*. Madrid: EOS.
- Vanhala, L. (2009). Disability rights activists in the supreme court of Canada: Legal mobilization theory and accommodating social movements. *Canadian Journal of Political Science*, 42(4), 981-1002. Retrieved from

<http://dx.doi.org/10.1017/S0008423909990709>

- Vargas, M., & Eugenia, M. (2013). *Manifestaciones del autoconcepto en un grupo de niños y niñas entre 11 y 12 años de edad con discapacidad intelectual*. Trabajo de grado. Universidad de Manizales, Colombia.

- Vert, S., Balcells, E., Garriga, M. A., Jiménez, A., Juncà, A. M., & Muñoz, M. *Programa de apoyo para el envejecimiento activo y positivo de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Support program for active and positive aging of people with intellectual and developmental disabilities*. IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad, España. Recuperado de: <http://inico.usal.es/cdjornadas2015/CD%20Jornadas%20INICO/cdjornadas-inico.usal.es/docs/303.pdf>

- Von Bertalanffy, L. (1968). General system theory. *New York*, 41973(1968), 40.

- Wiener, N. (1954). *The human use of human beings: Cybernetics and society* (No. 320). Da capo press.

- Wiener, N. (1961). *Cybernetics*. 1948. Aufl., Cambridge.

- Wise, K., Alhabash, S., & Park, H. (2010). Emotional responses during social information seeking on Facebook. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(5), 555-562.

- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 3(4), 234-240.

- World Health Organization. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/9243545426.pdf>