



Universidad Pedagógica Nacional

Unidad Ajusco

Licenciatura en Psicología Educativa

**Entrenamiento de habilidades sociales y
conocimientos de sexualidad en adultos con
discapacidad de un DIF del Estado de México.**

Tesis en la modalidad de
intervención psicopedagógica
que presentan

María Fernanda Figueroa Ortiz
Alejandra Ramírez Varela

Integrantes del Jurado
Presidente Mtra. Celia María del Pilar Aramburu Ceñal
Vocal Mtro. Pedro Antonio Herrera Ramos
Suplente Mtra. Rosa María Nashiki Ángulo

Asesora:
Dra. Haydée Pedraza Medina

Ciudad de México

Noviembre de 2011

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por haberme dado el tesoro más valioso que tengo mi vida y mi familia.

Por permitirme llegar a esta meta, concediéndome salud, sabiduría, paciencia y perseverancia. Gracias por las bendiciones y regalos que día a día recibo y sobre todo por estar siempre a mi lado.

A mis padres Fernando y Ángeles

Las personas más importantes de mi vida, a quienes admiro y respeto, gracias porque siempre han estado a mi lado apoyándome en todo momento, por ser ejemplo de disciplina y responsabilidad que bien me han sabido inculcar, por enseñarme a luchar por lo que se quiere y por darme todo sin esperar nada a cambio. Les ofrezco este regalo que es mi gran sueño cumplido, el cual también les pertenece y creo que también les llena de dicha. Gracias PAPA Y MAMA LOS AMO

A mis hermanas Rosy y Mony

Por ser mi gran ejemplo a seguir, por enseñarme que las cosas no se regalan, se obtienen a base sacrificio y esfuerzo y por todos sus consejos. Gracias por ser mis mejores amigas y por ayudarme hacer posible un logro más, el cual no será el último pero quizá el más importante. Gracias por estar siempre juntas, en los buenos y malos momentos.

Son una bendición en mi vida.

A mis sobrinos Dany, Jhon, Vale y Xime

Por compartir bellos momentos conmigo, enseñándome que una sonrisa de ustedes puede ser la fortaleza cuando en momentos me sentía derrotada. Gracias por su ternura, paciencia e inocencia que me brindaron día a día.

A mis tíos Jaime y Jesús

Por el apoyo, por el tiempo, por la confianza, por dedicarme palabras de aliento, por que se que cuento con ustedes sin importar las circunstancias, por ser parte de mi vida y por creer en mí Gracias.

A mis angelitos...

Aunque físicamente no estén aquí este logro también es para ustedes.

!!! ESTE LOGRO ES DE TODOS NOSOTROS!!!

¡Con amor! FER

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Pedagógica Nacional

Por abrirme sus puertas durante estos años y darme la oportunidad de servir a la sociedad.

A la doctora Kaydée Pedraza Medina

Por ser un ejemplo en mi vida profesional, porque gracias a su ayuda incondicional, enseñanzas, sabiduría, tiempo y paciencia que me brindo todo este tiempo, he podido concluir y llegar a este momento tan especial en mi vida. Gracias.

A cada uno de mis profesores

Por haberme compartido sus conocimientos que fueron fundamentales para mi formación personal, por sus experiencias y enseñanzas y porque gracias a ellos he llegado a esta meta.

A Alejandra

Por haber compartido este sueño conmigo, por tu amistad sincera y tu gran ayuda que me brindaste durante todo este tiempo, esperando sea por mucho tiempo más, por creer y confiar en mí ya que sin ello esto no hubiera sido posible, por compartir tantas cosas conmigo, por tu apoyo y cariño. ¡Con admiración y respeto!

GRACIAS

Luchar por este sueño, no es solo un logro mío, es un logro de tantas personas que es difícil mencionar a todas, pero les agradezco porque forman parte de mi vida, confían en mí y sin su ayuda, apoyo, tiempo, colaboración y entusiasmo, no sería lo que soy en este momento. Sus consejos y las enseñanzas a lo largo de mi vida me han hecho crecer como persona, ser humano y ahora como profesional. Voy a estar inmensamente agradecida y siempre los voy a llevar en el corazón.

¡Con cariño! FER

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por permitirme gozar de vida, de salud y de este triunfo.

A la Universidad Pedagógica Nacional: Por ser parte de ella, por formar profesionales dedicados a la educación

A mis padres: Por confiar en mí, por sus esfuerzos, sacrificios, consejos, por estar conmigo en mis triunfos y por levantarme en los fracasos... porque este triunfo también es de ustedes... Gracias mamá Ruffy y papá Fabian los amo

A mis profesores: Porque sin su sabiduría y ayuda hubiera sido imposible empaparme de una parte de sus conocimientos, por contribuir a mi formación profesional

A Fer: Mi compañera de tesis y amiga, por su comprensión, porque compartimos momentos de estrés, de risas y de sacrificios para culminar este nuestro proyecto... te quiero mucho...

A la dra. Haydee: Por su apoyo, por estar en cada momento guiándonos en este proyecto, por su sabiduría y por la fe y confianza que le tuvo a este trabajo.

Sinceramente

Alejandra Ramírez Varela

DEDICATORIAS

A mis papacitos (mami Ruffy y papí Fabian) por ser parte de este logro, por hacer de mí una persona con valores, dedicada y responsable y por apoyarme hasta este momento. A mis hermanas (fa y Aly) por su apoyo moral, por los momentos que han compartido conmigo, tiempos de juegos, de tristezas y alegrías... las amo. A mis bebes (sobrinos yayís y cuco), los quiero gracias por ser la alegría del hogar... a Alma que a pesar de todo lo que pasamos, has de regresar para alegrar mi vida... te espero con amor.

A mis amigas: Por compartir conmigo parte de su vida profesional, por que supimos unir aptitudes a lo largo de la licenciatura, por su comprensión y los momentos de alegría y tristeza que compartimos... las quiero mucho Lupitas, Fer, Christian..

Alejandra Ramírez Varela

ÍNDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	14
<i>DISCAPACIDAD.....</i>	<i>16</i>
Significados a través de la historia.....	16
Educación especial.....	22
Discapacidad: perspectiva mundial.....	29
Legislación sobre discapacidad en México.....	36
Clasificaciones de discapacidad.....	39
<i>HABILIDADES SOCIALES.....</i>	<i>45</i>
Teorías psicológicas que abordan las habilidades sociales.....	54
Problemas de habilidades sociales que presentan las personas con discapacidad.....	61
Programas desarrollados sobre habilidades sociales.....	66
<i>SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....</i>	<i>70</i>
Definición de educación sexual.....	70
Desarrollo sexual de las personas con discapacidad.....	71
Importancia de la educación sexual en personas con discapacidad.....	77
Problemáticas de la sexualidad en las personas con discapacidad.....	80
Contenido del programa de entrenamiento de habilidades sociales.....	84
MÉTODO.....	86
<i>Objetivo general.....</i>	<i>86</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>86</i>
<i>Tipo de investigación.....</i>	<i>86</i>
<i>Criterios de selección de los participantes.....</i>	<i>86</i>
<i>Participantes.....</i>	<i>87</i>
<i>Escenario.....</i>	<i>88</i>
<i>Técnicas e instrumentos.....</i>	<i>88</i>
Entrevista estructurada (Macotela y Romay, 1992).....	89
Área personal-social, del inventario de habilidades sociales básicas, subárea de socialización (Macotela y Romay, 1992).....	89
Área de socialización en ámbitos escolares (SEP, 2000).....	92
Inventario de Habilidades sociales (Verdugo, 1997).....	92
Cuestionario inicial de conocimientos de sexualidad.....	93
Programa de entrenamiento de habilidades sociales (Verdugo, 1997).....	95
Cuestionario final de conocimientos de sexualidad.....	97

<i>Plan de investigación</i>	97
<i>Consideraciones éticas</i>	101
RESULTADOS	103
<i>Datos generales y de socialización</i>	103
<i>Desarrollo personal-social</i>	105
<i>Socialización en ambientes educativos</i>	106
<i>Habilidades sociales de los participantes</i>	107
<i>Conocimientos de sexualidad antes del programa</i>	109
<i>Desarrollo del Programa de entrenamiento de habilidades sociales</i>	110
<i>Conocimientos de sexualidad después del programa</i>	118
<i>Cambios cualitativos sobre conocimientos de sexualidad</i>	120
DISCUSIÓN	126
CONCLUSIÓN	133
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	137
LISTA DE REFERENCIAS	140
ANEXOS	144
<i>Anexo 1 .Carta de Consentimiento Informado</i>	144
<i>Anexo 2. Cuestionario inicial y final sobre conocimientos de sexualidad</i>	145
<i>Anexo 3. Hoja de registro</i>	146
<i>Anexo 4. Objetivos extraídos del programa de habilidades sociales</i>	147
<i>Anexo 5. Entrevista estructurada</i>	152

ÍNDICE DE TABLAS y FIGURAS

Tablas

Tabla 1. <i>Reseña histórica de los diferentes conceptos sobre las personas con discapacidad.</i>	25
<i>Tabla 2. Definiciones de conducta socialmente hábil.</i>	48
<i>Tabla 3. Similitud de comportamientos sexuales de personas con y sin discapacidad.</i>	75
<i>Tabla 4. Participantes en la intervención.</i>	87
<i>Tabla 5. Ejemplo de registro.</i>	93
Tabla 6. <i>Datos generales de la entrevista a los padres.</i>	103
Tabla 7. <i>Comportamiento de los participantes.</i>	104
<i>Tabla 8. Continuación de la tabla comportamiento de los participantes</i>	104
<i>Tabla 9. Porcentajes iniciales y finales de conocimientos y habilidades de sexualidad</i>	119
<i>Tabla 10. Porcentaje de los participantes en conocimientos y habilidades de sexualidad</i>	125

Figuras

Figura 1. <i>Participantes en el programa de intervención.</i>	101
Figura 2. <i>Ítems evaluados en el área de socialización.</i>	106
Figura 3. <i>Ítems de socialización en ambientes educativos.</i>	107
Figura 4. <i>Habilidades sociales de los participantes</i>	108
Figura 5. <i>Conocimientos que inicialmente tenían los participantes sobre sexualidad</i>	109
Figura 6. <i>Actividades realizadas por los participantes</i>	117
Figura 7. <i>Conocimientos finales de los participantes sobre sexualidad</i>	118
Figura 8. <i>Comparación de la evaluación inicial y final.</i>	119
Figura 9. <i>Comparación de conocimientos y habilidades de sexualidad de los participantes</i>	124

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si la participación en un programa de habilidades sociales incrementa el desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual y de esta forma integrar a las personas con discapacidad a la comunidad, incrementando su competencia social y adaptación al medio.

En el estudio participaron siete personas con discapacidad de entre 19 y 51 años de edad a las cuales se les aplicó un cuestionario semiestructurado inicial, que mostró el nivel de habilidades y de conocimientos que tenían los participantes sobre sexualidad antes de aplicar el programa de entrenamiento de habilidades sociales (Verdugo, 1997), posteriormente se aplicó un cuestionario semiestructurado final y con los datos obtenidos se analizaron los cambios en cada participante y se observaron las diferencias en las habilidades y conocimientos de sexualidad.

Los resultados obtenidos mostraron avances significativos en la adquisición de habilidades sociales y conocimientos de sexualidad con ello se puede concluir que la aplicación de un programa de entrenamiento de habilidades sociales en personas con discapacidad resulta benéfica para relacionarse con la sociedad de forma satisfactoria y desarrollar sus necesidades sexuales de forma adecuada por medio de la orientación sexual.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con datos estadísticos del censo de población y vivienda del INEGI 2010 (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) se calculó que hasta ese año, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representó 5.1% de la población total. (INEGI, 2010). De acuerdo con la ONU en el 2006 (Organización de las Naciones Unidas) manifestó el significado de discapacidad como la ausencia temporal o permanente de las capacidades físicas, mentales o sensoriales del ser humano.

Si bien es cierto que la discapacidad se ha centrado en lo orgánico, en el déficit, en la falta de capacidad física, mental o sensorial, actualmente se ha cambiado esta perspectiva pues una persona puede presentar alguno de estos impedimentos pero puede tener algún talento especial para la música, el dibujo, la pintura, etc. Toda persona con discapacidad debe ser considerado y aceptado con sus aptitudes diferentes de lo contrario está quedara en condiciones inhumanas. En conclusión para una sociedad saludable es importante el reconocimiento de las capacidades de las personas, más allá de su discapacidad. (Schorn, 2003).

Según datos estadísticos y datos de sociedades empeñadas en el bienestar de las personas con discapacidad, es importante la intervención con las personas que presentan dicha condición para su integración en la sociedad en la que se desenvuelven, las intervenciones van desde habilidades de autocuidado, habilidades de la vida diaria, habilidades del trabajo, habilidades sociales, entre otras, lo que concierne a esta investigación son las habilidades sociales que según Kelly (2000) son un conjunto de conductas que sirven para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y satisfactoria.

De acuerdo con Gil y León (1998) las habilidades sociales son conductas aprendidas que se pueden ejecutar y que cubren la necesidad de comunicación con las demás personas y que responden a las exigencias y demandas de la sociedad de forma efectiva. Por tal motivo la falta de habilidades sociales en las personas con discapacidad da lugar a que empleen estrategias desadaptativas para resolver sus

problemas y conflictos, cabe destacar que en dichas acciones influyen varios factores como la familia, el entorno social o la discapacidad, pues no en todos los casos de personas con discapacidad se dan conductas negativas. Por lo anterior consideramos que las habilidades sociales son básicas para los seres humanos y en algunos casos de personas con discapacidad, que carezcan de habilidades para mantener relaciones interpersonales es necesario que se lleve a cabo un entrenamiento ya que de este modo las personas con discapacidad lograrán relacionarse de manera efectiva con la sociedad y esto les ayudará a mejorar sus conductas y con ello se dará paso a su buen desenvolvimiento.

Dentro del primer capítulo se aborda la discapacidad, desde una perspectiva histórica, en la cual se hizo una reseña de las modificaciones que se le hicieron a los términos y significados que se le han proporcionado a las personas con discapacidad, a las cuales por motivos de su condición se le fue etiquetando de una forma equivocada y que con el paso del tiempo se les fue dando términos aptos para hacer referencia a su condición. Asimismo se hizo referencia al nacimiento de las escuelas de educación especial en donde eran atendidas las personas con alguna discapacidad.

También se hace referencia a la discapacidad desde la perspectiva mundial en donde organismos, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés), por mencionar algunos, se han interesado por tratar de hacer que las personas con discapacidad tengan una vida lo más normal posible. Asimismo se hace referencia a leyes y programas que se han realizado en México y que tuvieron como objetivo principal ayudar a una mejor calidad de vida dentro de la sociedad a las personas con discapacidad.

En el capítulo dos se encuentra la parte de habilidades sociales en donde se hace una reseña histórica acerca del concepto y la importancia que tiene el entrenamiento de estas en las personas con discapacidad, esto tiene como objetivo contribuir a la integración de estas personas a la sociedad, centrándose principalmente en el

desarrollo adecuado de las necesidades de aceptación, amor y placer a partir de la información y educación sexual, entrenando así conductas relacionadas con el sexo como parte de la relación interpersonal de los alumnos (Verdugo, 1997). Además se mencionan las principales teorías psicológicas que fundamentan a las habilidades sociales, así como los problemas de habilidades sociales que presentan las personas con capacidades diferentes, de igual manera se presenta una descripción de diversos programas de entrenamiento de habilidades sociales que se han llevado a cabo en personas con discapacidad.

En el tercer capítulo se presenta la importancia de la educación sexual, la información que se les debe proporcionar, los comportamientos sexuales que tienen las personas con discapacidad, pues el desarrollo de la sexualidad en las personas con discapacidad no difiere del resto de las personas, solo presenta algunas particularidades que hay que moldear (Insa, 2005). De igual modo se mencionan las malas perspectivas que se tiene respecto a ellos y su sexualidad, algunas limitantes respecto a la sexualidad, como los mitos y perspectivas erróneas como: las personas con discapacidad no están interesados en el sexo o que no son capaces de realizarlo, o se ve a las personas con discapacidad, tienen un interés exagerado sobre el sexo y un comportamiento sin inhibiciones. (Piaggio, Espinardi y Mendieta, en Santucci, 2005).

Dentro del cuarto apartado se describe la forma en la que se llevó a cabo la investigación, haciendo referencia a los objetivos, al tipo de investigación, a los participantes, al escenario y a los instrumentos que se utilizaron para recabar información. Después en el quinto apartado se presentan los resultados obtenidos con los instrumentos iniciales y luego se hace una comparación después de haber aplicado el programa con ayuda de los datos obtenidos en los instrumentos finales. Por último se presentan las conclusiones a las que se llegaron en la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de un DIF del Estado de México se encuentra un club de ocio en el cual las personas inscritas muestran habilidades de comunicación verbal y no verbal, sin embargo existen mitos y prejuicios por parte de sus familias en torno a temas relacionados con la sexualidad, generando dudas y falta de información en sus hijos con discapacidad, por tal motivo consideramos importante aplicar un programa el cual permitiría sí: ¿la participación en un programa de habilidades sociales incrementa y desarrolla adecuadamente las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual de las personas con discapacidad?. Dicho programa permite que las personas con discapacidad puedan relacionarse adecuadamente en la sociedad y les ayudará a tener conocimientos de sexualidad.

Las personas con discapacidad cuentan con algunas habilidades sociales que les permiten tener una convivencia con las demás personas, sin embargo carecen de algunas habilidades, ya que su condición de discapacidad (no en todos los casos de discapacidad) muchas veces les impide tener comportamientos adecuados en lugares o situaciones en las que se esperaría actuar de forma correcta. Las habilidades sociales generalmente se aprenden sin tener que utilizar un instrumento o sin tener que formar parte de una programa de entrenamiento ya que se aprenden por medio de la experiencia o por imitación u observación, pero para las personas con discapacidad, cuya historia de vida limitó su desenvolvimiento por entornos sociales, familiares y escolares se requiere un programa les ayude a interactuar y mantener relaciones interpersonales.

En este trabajo de investigación se diseñó un programa de entrenamiento de habilidades sociales (Verdugo 1997) lo cual ayudó a determinar si la participación en dicho programa incrementaba el desarrollo adecuado de las necesidades personales a partir de la información y la educación sexual de las personas con discapacidad.

JUSTIFICACIÓN

Las personas con discapacidad han sido una de las poblaciones más vulnerables, dicho problema se ha visto desde épocas primitivas, en donde las personas que presentaban alguna limitación física o de fuerza se les eliminaba o se les abandonaba para que no impidieran la supervivencia del grupo (García, Escalante, Escandón, Fernández, Mustri y Puga, 2000). Con el correr de los años a las personas que presentaba alguna discapacidad se les brindaron tratos denigrantes que permanecieron durante largos periodos. Sin embargo, actualmente se les ha reconocido y se han hecho esfuerzos para que las personas con discapacidad logren una vida lo más plena posible. Por ello esta investigación pretende dar cuenta que las personas con discapacidad pueden adquirir habilidades sociales que les permitan una mejor calidad de vida.

Esta investigación está dirigida principalmente a la población que presenta discapacidad, dado que aborda el entrenamiento de habilidades sociales en personas que tienen dicha condición, además está dirigido las personas interesadas en el tema de la discapacidad, como son profesores, padres de familia, psicólogos educativos y la sociedad en general. El objetivo principal es brindar información acerca de la discapacidad como una alternativa para facilitar la integración de las personas vulnerables con alguna discapacidad dentro de la sociedad.

Consideramos que esta investigación resultará benéfica para las personas con discapacidad con los cuales se llevó a cabo, ya que actualmente la discapacidad es un tema que ha tenido importancia, dado que se pretende que las personas con discapacidad logren una vida plena. Asimismo será benéfica a los padres de familia para que logren reconocer, comprender, ayudar y aceptar las necesidades de sus hijos respecto a la sexualidad, y a la comunidad y sociedad en general les beneficiará, dado que favorecerá la interacción y establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas.

Las personas que se encuentran dentro del club de ocio del DIF presentan algunas necesidades, entre ellas, la falta de oportunidad para interactuar de forma correcta no sólo con los que están a su alrededor, sino también la falta de orientación sexual por parte de su familia. Estas necesidades hacen que en ocasiones, las personas con discapacidad, actúen de forma inadecuada y por ello la mayoría de las veces son rechazados, por parte de las personas que están a su alrededor. Cabe destacar que las conductas anteriores no se presentan en todas las personas con discapacidad, sin embargo para los participantes de esta investigación que presentaron problemas en el área de sexualidad, se aplicó un programa de entrenamiento de habilidades sociales que les permitió adquirir habilidades y conocimientos de sexualidad para desarrollarse plenamente como cualquier otro ser humano.

DISCAPACIDAD

Significados a través de la historia

En este apartado se dará a conocer el concepto de discapacidad desde una perspectiva histórica, en cuanto a sus significados y trato que se les ha dado a estas personas. Se comenzará la descripción a partir de las sociedades primitivas, en donde a las personas que presentaban algunas limitaciones físicas o de fuerza eran eliminadas o abandonadas a su suerte, pues representaban un obstáculo para la supervivencia de la tribu o clan, ya que a menudo estos grupos tenían que andar de un lugar a otro buscando comida, recorrían grandes distancias o se enfrentaban a otros grupos (García, et. al, 2000).

García, et al. (2000) siguiendo ideas de Capacce y Lego, Frampton y Grant, sostuvieron que cuando las sociedades se iban desarrollando en cuanto a su organización, se fue cambiando la perspectiva hacia las personas que presentaban alguna discapacidad, de ser eliminadas sólo por su condición, se les empezó a ver de una manera mítica, con facultades divinas y se les consideraba como “protegidas de los dioses” y a causa de esto los hacían partícipes de ceremonias y rituales. Otra opción que tenían era formar parte de la sociedad, pero con restricción a algunos espacios.

Al paso del tiempo el trato de las personas con discapacidad seguía siendo denigrante, un dato que apoya lo señalado es que en la época del imperio romano, el destino de las personas “locas”, término utilizado en épocas anteriores, era divertir a senadores y ricos o eran arrojados a los leones, sin embargo estas alternativas podían ser evitadas, ya que el padre de familia tenía la última palabra, si quería las anteriores actividades o que su hijo siguiera en su familia (Toledo, 1999).

Además de lo anterior, Frampton y Grant (García, et al., 2000) sostuvieron que al pasar el tiempo, las sociedades fueron dando trato diferente a las personas que presentaban alguna discapacidad pero dependía de la discapacidad que presentaran, pues las personas con ceguera fueron respetadas y se les brindó algún tipo de educación; en cambio a las personas que presentaban sordera, se les

atribuyó la falta de entendimiento; los que tenían problemas físicos evidentes (personas con alguna deformidad física) eran abandonados o eliminados, estos a menudo eran vistos con repulsión y las personas que mostraban alguna discapacidad intelectual, fueron las personas que recibieron peor trato social, pues ellos eran “objetos de abandono, burla, rechazo y persecución” (García, et al., 2000 p. 20).

En el periodo de la edad media, Puigdemívol (citado por García, et al., 2000). publicó que la iglesia cristiana trataba de implementar el respeto por la vida, que más tarde se convirtieron en actitudes de compasión y caridad hacia las personas con discapacidad, así como la condena al infanticidio, se crearon hospitales y casas para alojarlos, que tenían el objetivo de brindar protección a dichas personas. A pesar de estas obras la misma iglesia empezó a difundir la idea de lo sobrenatural y contenidos demoniacos a las personas con discapacidad, de este modo surgió aún más la ignorancia, la superstición, el rechazo y temor hacia las personas que presentaban alguna discapacidad.

Según Toledo (1999) y Alegre (2000) durante el siglo XVI se comenzaron a notar cambios en cuanto a la educación de personas que presentaban alguna discapacidad, en especial la población de los niños sordos, abundando al respecto Pedro Ponce de León, logró romper con la idea de que las personas que presentaban hipoacusia eran incapaces de aprender a hablar o de ser educados, dicho personaje consiguió enseñar a hablar, leer y escribir su nombre a un grupo de personas que tenían discapacidad auditiva. Los datos anteriores fueron incluidos en el libro: “doctrina para los sordos-mudos”.

Durante el siglo XVII Manuel Ramírez Carrión (citado en Alegre, 2000), siguió con la línea proporcionando educación a los niños sordos de la nobleza, sin embargo este “guardaba celosamente en secreto su método de trabajo” (Alegre, 2000, p. 26), hasta que el método oral salió a la luz en 1620 cuando Juan Pablo Bonet publica su libro: “Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los mudos”, esta publicación logró conocerse en varias partes del mundo, sin embargo para aplicarlo y ver

resultados se requería de mucho tiempo, además de que no se podía aplicar a grupos grandes y el método era costoso (Alegre. 2000 y Toledo, 1999).

Estos datos fueron las bases para formar la primera escuela para sordomudos en 1755 en París en el siglo XVIII, impulsada por Juan Pablo Bonet y el abad L'Epée, él promovió un sistema fundamentado en un lenguaje de mímica que se aplicó a grupos numerosos de sordomudos para que accedieran a la enseñanza. Otro método que se manejó en la misma institución fue el uso de letras modeladas con madera, en 1784 y cabe destacar otro logro de la institución cuando Luis Braille desarrollo un sistema que hasta nuestros días es utilizado para las personas con ceguera, este es el sistema Braille (Alegre, 2000; Toledo, 1999).

En este mismo siglo, en el bosque de Aveyron (Francia), encontraron a un adolescente de entre 11 y 12 años, que se asemejaba a un animal por sus comportamientos y se le atribuyó el termino de idiota incurable, incapaz de aprender, sin embargo Jean Marc Gaspar propuso un programa para enseñarle, este fue recopilado en su libro "El niño salvaje de Aveyron", esta intervención logró que el niño avanzara en muchas habilidades (Toledo, 1999), "demostrando los progresos [...] en lo perceptivo, intelectual y afectivo" (*The New Eyclopedia Britannica*. Citado en: García, et al., 2000, p. 22) aunque en ese tiempo la intervención no dio frutos en cuanto desarrollo del habla del niño. Este hecho fue uno de los primeros intentos sistematizados para enseñar a un niño con retraso (García, et al., 2000, Toledo, 1999).

Hasta este periodo se había notado un cambio en cuanto al trato y atención que se le brindaba algunas personas con discapacidad auditiva y visual, sin embargo, "en el caso de los niños con discapacidad intelectual no se había tenido el mismo éxito, pues se desconocía la frontera entre el retraso y la enfermedad mental", por ello en Francia se desarrollaron los test psicométricos, que permitían clasificar la inteligencia para dar una respuesta educativa diferenciada por el grado de deficiencia (García et al, 2000, p. 24).

Además de lo anterior en el siglo XIX, Edouar Séguin (citado en García, et. al 2000) siguió contribuyendo con esfuerzos educativos a favor de las personas que presentaban alguna discapacidad, ya que creó una pedagogía para la enseñanza de las personas con discapacidad intelectual, a partir de esto fue reconocido como el “apóstol de los idiotas” (García et. al, 2000, p. 22). Siguiendo con el siglo la discapacidad (mental, física, sensorial) continuaba viéndose desde el punto de vista médico y por consiguiente se consideraba necesaria la hospitalización, además se siguieron creando asilos-hospitales para la atención de las personas con discapacidad (Frampton y Grant en García, et al, 2000).

Continuando con el siglo XIX, llegó la era de las instituciones, esta época surgió con la idea: “que había personas con necesidades especiales, que precisaban del esfuerzo profesional para su educación” (Toledo, 1999, p. 19). En este tiempo se fueron cambiando también una serie de términos que se le asignaban a algunas discapacidades, puesto que se les consideraban niños eternos cuando presentaban algún retraso mental, personas enfermas o simplemente se consideraba que no eran seres humanos plenos (Toledo, 1999).

En esta época en diferentes países empezaron a sentir la responsabilidad de proteger a la población más vulnerable, como las personas con ceguera, las personas que tenían alguna enfermedad mental, personas pobres o que presentaran alguna discapacidad (Aranda, 2000). Sin embargo, las instituciones no permitían una integración plena de estas personas, por ejemplo, se manejaron ciertas condiciones como: instituciones construidas alejadas de las ciudades, las instalaciones eran cercadas y tenían grandes jardines, esto con el objetivo de mantener alejados a los curiosos y que el interno no tuviera contacto con el exterior, ante todo se le daban cuidados y asistencia a estas personas, pero a pesar de ello la realización de las instituciones, no tenían como objetivo principal la acción altruista, pues se relacionaba más con una acción que tranquilizaba la conciencia colectiva, además de que la población no se sintiera de alguna manera ofendida con la presencia de estas personas (Toledo, 1999).

El trato que se les daba en estos lugares dependía de cómo eran considerados, tal como se mencionó anteriormente eran enfermos, seres no plenos o niños eternos (término que se le daba a las personas con retraso mental). Como señala Toledo (1999) en estas instituciones, se desarrollaron una serie de patrones de conducta, según su condición, a los enfermos:

- Se les asignaban el nombre de enfermos.
- Los doctores determinaban toda la vida del enfermo, ya que decidían las horas de visita y su duración, etc.
- Los enfermos quedaban internados por siempre en una institución médica.
- Los enfermos no tenían biografía, más bien era historia clínica.
- El plan de vida de los enfermos recibía el nombre de tratamiento.
- Se daba el nombre de terapia industrial a algún trabajo que realizaran las personas internas.
- La terapia recreativa eran las distracciones del interno.
- Si estas personas recibían educación, se reconocía bajo el nombre de terapia educacional (Toledo, 1999)

Los enfermos no tenían el reconocimiento de la plenitud del ser humano y se les implementaban las siguientes condiciones y patrones de conducta (Toledo, 1999):

- Los muebles eran duros, los cristales irrompibles, las puertas cerradas bajo llave.
- Los cuartos de baño no tenían la suficiente privacidad.
- Separaron a los enfermos según el sexo.
- Apagaban la luz de las instalaciones a una hora fija.
- Regulaban el agua del baño.
- En ocasiones se censuraban las cartas y las llamadas telefónicas.

Para el niño eterno (retraso mental), las condiciones educacionales eran (Toledo, 1999):

- Los programas eran de aspecto infantil, así fueran para adultos y adolescentes.

Como una ventaja muy importante en la era de las instituciones fue que se les empezó a dar un trato diferente a las personas que presentaban alguna discapacidad, considerando que estos eran capaces de aprender, sin embargo afirma Goffman que estas instituciones limitaban el yo de las personas, pues estas

eran establecimientos cerrados que limitaban el desarrollo de los internos porque no se les permitía asumir un rol diferente del que proponía la institución (García, et al., 2000).

De igual modo en el siglo XIX, en el año de 1810, empezaron a surgir ideas referentes a la asistencia de los niños con discapacidad a las escuelas comunes, acabar con la idea de tener internados, la formación de escuelas de educación especial, dadas algunas acciones llevadas a cabo en diferentes partes del mundo como en Australia, gracias a las ideas de Johann Wilherm Klein, pues inició una campaña a favor de las personas con ceguera, con ello promovió la educación de los alumnos que presentaban alguna discapacidad en las escuelas ordinarias y en 1942 logra que el gobierno reconociera que las personas con ceguera no deben ser sacados de sus comunidades, ni forzados a vivir en un ambiente institucional extraño; por tanto se reconoció la necesidad de educar a estos niños de acuerdo a sus necesidades, en su hogar o en la escuela de su comunidad (Toledo, 1999).

El comienzo de la educación especial en México fue en 1867 pues se fundó la escuela Nacional para sordos y en 1870 la escuela nacional de ciegos, posteriormente en los sesenta se integraron a niños con dificultades en el aprendizaje a la escuela regular específicamente en los grupos de primer grado, con la finalidad de que estos niños adquirieran habilidades en escritura y matemáticas.

En 1898, en Estados Unidos con ideas aportadas por Graham Bell que mantuvo la idea de que los niños con discapacidad, debían ser educados cerca de su comunidad y no internados en instituciones. Otros hechos que marcaron un cambio para las personas con discapacidad fue la formación la *National Education Assosiation* [Asociación Nacional de Educación], y de aquí se fundó el Departamento de Educación Especial y para 1990 se comienza con la era de las escuelas de educación especial. Además de lo anterior, se comenzaron a formar más escuelas especiales por diferentes partes del mundo como en Francia, Dinamarca, Madrid y en Barcelona donde se abrieron centros educativos para niños con retraso mental (Toledo, 1999).

Autores que contribuyeron a la era de la educación especial fueron: Ovide Decroly, que creó el *Instituto Laico de Enseñanza Especial* en 1901, en donde aplicó juegos que había diseñado para la educación de los niños deficientes. Por otro lado, Claparade, en Ginebra Suiza introdujo las clases especiales para niños con retraso en las escuelas públicas, así mismo Binet y Simon en 1905 dieron a conocer la primera Escala de Desarrollo Intelectual (Sánchez, 2001), a raíz de esto se comenzó a difundir y a popularizar el uso de los test de inteligencia y de coeficiente intelectual, las escuelas de educación se valieron de estos instrumentos, ya que determinarían qué alumnos eran candidatos a las escuelas especiales.

Con lo anterior se concluye que a lo largo de la historia a las personas con discapacidad se les consideraba perjudiciales para el orden social, por esta razón se les daba un mal trato, se les denigraba y etiquetaba, sin embargo al paso del tiempo las sociedades se dieron cuenta que eran capaces de aprender y como se verá en el siguiente apartado se crearon escuelas de educación especial para brindarles mejor atención, no sólo en el plano internacional sino también en México, donde se crearon organismos especiales para las personas con discapacidad.

Educación especial

A pesar de que existían las instituciones donde se alojaban a las personas con discapacidad (sin importar que discapacidad se tuviera) existían las escuelas especiales, principalmente para ciegos y sordos. Algunos países como Francia tenían por ley, la obligación de educar a los niños ciegos y sordos. Mientras que en Dinamarca en 1885 se abrió la primera escuela privada para niños que presentaran retraso mental. Sin embargo durante el siglo XX, los niños que presentaban alguna discapacidad eran admitidos dentro de la escuela ordinaria aunque se decía que eran “chicos con conductas anómalas, que no aprendían a leer ni las nociones elementales de cálculo” (Toledo, 1999, p. 23), lo que generaba un problema, ya que no llevaban el ritmo de los demás compañeros porque no aprendían lo que los profesores les enseñaban.

Esto traía como consecuencia que los niños abandonaran la escuela, aunque en algunos países se reconocía que los niños si aprendían pero dentro de sus límites

por lo cual comenzaron a surgir las escuelas de educación especial. Así en España en 1923, se reconoce oficialmente que los niños con retaso mental tenían necesidades educacionales y se abre el primer centro educativo (Toledo, 1999).

Con los test de inteligencia que medían el Coeficiente Intelectual de Binet-Simon se delimitó que los niños con CI bajo debía recibir clases especiales y que ya no deberían de permanecer junto con los demás niños en las clases ordinarias, lo cual provocó alivio para algunos maestros y descontento para muy pocos. Fue entonces cuando surgen los profesores de educación especial que impartirían dichas clases, llamados de diferente forma según el país en el que se encontraran (Toledo, 1999).

El hecho de crear escuelas especiales causó un alivio para los profesores de las escuelas ordinarias, este pensamiento Lucbert (citado en Toledo, 1999) lo recopiló en una encuesta sobre los sentimientos del profesorado en cuanto a la creación de las escuelas especiales:

- Los profesores de la escuela ordinaria no se sentían capacitados para enfrentarse con los problemas del niño con necesidades especiales.
- Consideraban que si hay profesores especializados, es suya la obligación de hacer frente a estos problemas.
- Pensaban que tendrían que descuidar al resto de los alumnos para atender al niño que presentara alguna discapacidad y ello sería injusto.
- Algunos profesores se referían a razones sentimentales; manifestando que los alumnos sufrían al ver a un niño con discapacidad.
- Otros opinaban que la mera presencia de un niño que presentaba discapacidad, tenía un efecto nocivo para el resto de los alumnos en la clase (Toledo, 1999, p. 23).

Para poder cumplir con las necesidades de los niños con discapacidad, se tuvieron que adaptar los programas y los servicios, ya que no eran los mismos que tenía la escuela ordinaria. Pronto la demanda de las escuelas especiales empezó a elevarse y no solo se presentaban niños con hipoacusia, niños con ceguera o niños que tenían algún retraso mental, ya que se sumaron mucho más, como los niños con conductas inapropiadas (que se les denominó caracteriales), más tarde se incorporaron los niños con autismo, niños con parálisis cerebral, niños con espina bífida, etc. (Toledo, 1999).

Estas escuelas especiales trajeron consigo varios beneficios tales como:

- Los edificios eran construidos apropiadamente para las discapacidades que hubiera en la escuela especial.
- El material que necesitaran los alumnos podía adaptarse dependiendo de la discapacidad que tuvieran los alumnos.
- El personal que laborara en la escuela podía seleccionarse de acuerdo al tipo de necesidad que existiera, con un título adecuado, esto haría que con la practica el personal pudiera ir adquiriendo la experiencia necesaria.
- Dentro de esta escuela no era tan importante saber si un niño llevaba un ritmo más que lento que otro, ya que eso no afectaba a los demás niños y por lo tanto no existía la burla o la frustración.
- Dentro de la escuela especial el niño podía tener más cuidados que dentro de la escuela ordinaria ya que no estaba expuesto a la violencia de otros compañeros.
- El transporte podía ser adaptado para los niños con discapacidad.

Entre las limitaciones destaca que estas escuelas se implementaron en la ciudades y por lo tanto no se atendía a toda la población; a los niños egresados de estas instituciones les era muy limitada su integración a la sociedad y viceversa la sociedad no estaba preparada para acostumbrarse, a relacionarse o aceptar a estas personas; las escuelas no se podían hacer cargo todo el tiempo de estos niños; los niños recibían etiquetas; la educación segregada que se pudo ver en separar al niño de la escuela regular (García, et al., 2000).

En el siglo XX, los grupos comenzaron a reclamar los mismos derechos para todos, para evitar la discriminación y conseguir la equidad de oportunidades, de esta manera lograr una integración educativa de las personas con discapacidad, así mismo se realizaron categorías para referirse a las personas con discapacidad. En la tabla siguiente se puede observar la evolución que ha tenido el término de discapacidad, dejando atrás adjetivos denigrantes como idiotas o imbéciles, hasta tener un concepto más neutral y menos degradante tal es el caso de necesidades educativas especiales (Marchesi, 1999).

TERMINO DESIGNADO A LA DISCAPACIDAD							
1886	1889	1913	1941	1962	1970	1982	
Idiota	Idiota	Idiota	Subnormal profundo	Subnormal profundo	Subnormal profundo	Niños con dificultades en el Deficiente físico	Deficiencia intelectual
Imbécil	Imbécil	Imbécil	Ciego		Ciego	Epiléptico	Deficiencia física
	Ciego	Ciego	Sordo		Sordo	Delicado	Trastornos motores Dificultades neurológicas
	Sordo	Sordo					
			Vista parcial	Audición parcial	Vista parcial	Sordo	• Parálisis cerebral
			Permanente-mente sordo		Audición parcial	Audición parcial	• Espina bífida
			Epiléptico			Ciego	Otras afecciones: Epilepsia
			Subnormal educable	Psicópata	Epiléptico	Vista parcial	Dificultades de audición
	Epiléptico deficiente	Epiléptico			Subnormal educable		• Sordos
		Débil mental				Autista	• Audición parcial
			Inadaptado		Inadaptado	Niños con dificultades de en aprendizaje (suave o moderado)	
			Deficiente físico		Deficiente físico	Retraso del habla	
		Deficiente físico				Disléxico	Dificultades de visión
			Retraso en el habla			Inadaptado y de conducta	• Ciegos
						Disruptiva	• Vista parcial
							Deficiencias asociadas
							Autistas
							Problemas de aprendizaje
							Problemas de conducta
							Superdotados

Tabla 1. Reseña histórica de los diferentes conceptos sobre las personas con discapacidad.

Cabe destacar que hablar de discapacidad implica englobar otros términos como la normalización, la integración y las necesidades educativas especiales, términos que su común radica en mantener la igualdad de oportunidades, proporcionar condiciones que permitan acceder al aprendizaje y un concepto menos denigrante

hacia las personas que presentan alguna discapacidad y que a su vez estas definiciones están retomados en documentos mundiales y nacionales que avalan apoyo a esta población.

En México se creó la Dirección General de Educación Especial en 1970, con el objetivo de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema de educación especial, proporcionando servicios a personas con deficiencia mental, trastornos de audición y de lenguaje, discapacidad motriz y sensorial. En la misma dirección postuló en su política la normalización, la individualización de la enseñanza y la integración (García, et, al, 2000 y Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, 2002).

Aranda (2000) hizo referencia a la situación actual manifestando que durante las décadas setenta y ochenta se dieron cambios en cuanto a la educación especial, con el fin de proporcionar más atención y dar un ambiente de igualdad de oportunidades a las personas, esto bajo la idea de normalización que consiste en que las personas con discapacidad “deben de aspirar a llevar una vida lo más normal posible para integrarse a la vida escolar y social” (p. 2). Lo que sostuvo García, et al., (2000) con ideas de García Pastor y Pablo, es que la normalización establece una serie de beneficios en cuanto a “los servicios de habilitación o rehabilitación y las ayudas técnicas, [teniendo como objetivos principales] una buena calidad de vida, el disfrute de su derechos humanos y la oportunidad de desarrollar sus capacidades” (p. 44).

La corriente normalizadora surgió en los años sesenta, esta corriente difundió “el derecho de las personas con discapacidad a llevar una vida tan común como el resto de la población, en los ámbitos familiar, escolar y laboral (García, et al., 2000). Marchesi (1999) agregó que la normalización estaba a “favor de todos los ciudadanos se beneficien por igual de los mismos, servicios, lo que supone evitar que existan sistemas paralelos que diferencien a unos pocos de la mayoría” (p. 27), esto se puede traducir en que la normalización tiene un enfoque social sobre la búsqueda de la equidad. Sin embargo también se hicieron cambios en el ámbito de la educación.

Los cambios dados en la educación, gracias a la corriente normalizadora, fueron la implementación del estudio a alumnos con discapacidad, en un ambiente de escuela regular; además de que se comenzaron a impugnar los resultados de las escuelas de educación escolar, pues los niños que salían egresados de dichas instituciones, les causaba gran dificultad su integración social y se empezó a notar que muchas veces el fracaso escolar no dependía solo de los alumnos, sino que estaban involucrados los aspectos sociales, culturales y pedagógicos (García, et al., 2000).

La normalización es un proceso que trae consigo el término integración, este se comenzó a utilizar en los años 90, manifestando que es “el proceso de educar a los niños con necesidades educativas especiales en parte o en la totalidad del tiempo” (Aranda 2000, pág. 3), sin embargo en cada país se le dio una interpretación diferente, por ejemplo: evitar una deficiente educación y aislada de estos niños; ubicar a los niños con necesidades educativas en centros ordinarios; llevar a los alumnos normales a centros especiales; o bien situar a los niños en un marco familiar, escolar y social, etc. La integración radica en que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades de acceder al mismo tipo de experiencias que las demás personas (Aranda, 2000; García, et al., 2000).

La integración “surgió de los derechos de los alumnos y es la concreción en la práctica social del principio de igualdad: todos los alumnos deben tener acceso a la educación de forma no segregadora” (Marchesi, 1999, p. 32); García y colaboradores (2000) resumieron en un listado características de la integración, que eran (p. 59):

1. Una consecuencia del derecho de todos los alumnos a educarse en ambientes normalizados.
2. Una estrategia de participación democrática.
3. Una filosofía o principio de ofrecimiento de servicios educativos.
4. La puesta en práctica de una variedad de alternativas instructivas.
5. La permanencia en el aula regular del niño con necesidades educativas especiales, justo con otros niños sin estas necesidades.
6. Un compromiso por parte de la escuela y el docente de buscar las condiciones necesarias para que el niño pueda acceder al currículo o realizar adecuaciones curriculares.
7. La unificación de los sistemas educativos regular y especial.
8. Una estrategia que busca que el niño con necesidades educativas especiales se integre a nivel académico, social y de comportamiento.
9. Una política para elevar la calidad de la educación de todos los niños.

En el caso Mexicano también se presentaron cambios significativos para integrar a las personas con discapacidad, enseguida se presentaron las acciones principales para lograr que las personas con discapacidad pudieran ser integradas a la sociedad.

En los noventa la Dirección General de Educación Especial en México realizó un proyecto que tenía como objetivo la integración educativa, dando atención a los niños con necesidades educativas especiales, contemplando cuatro modalidades como: atención a la escuela regular, atención en grupos especiales dentro de la escuela regular, atención en centros de educación especial y atención en situaciones de internamiento (Garcia et al. 2000).

En México durante el año de 1991 se crearon Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIDE), estos centros proporcionaban información y promovían la sensibilización para mejorar la integración educativa, además daban alternativas para integrar de manera óptima a los alumnos con necesidades especiales. Posteriormente en 1993 se realizaron modificaciones en el ámbito legal, pues se reformuló el artículo 3° constitucional, este postuló que la educación debe de ser proporcionada a todo mexicano, incluyendo a las personas con discapacidad, agregando que esta educación debe de estar enfocada a sus necesidades y la Ley General de Educación, que declaró una orientación hacia la integración de los alumnos con discapacidad a las escuelas regulares (García, et. al, 2000).

Posteriormente en el sexenio de gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000), se declaró el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, en donde se proponían acciones como el Registro Nacional de Menores con Algún Signo de Discapacidad y de esta manera tener información sobre esta población y planificar acciones (Garcia, et. al, 2000). Siguiendo con el sexenio se logró crear la Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER), este departamento apoya a los alumnos con necesidades educativas especiales (con o sin discapacidad), integrados a la educación regular (educación básica), así también proporciona orientación al personal docente y a los padres de familia (Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, 2002).

En 1997 la Secretaría de Educación Pública y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, organizaron la Conferencia Nacional de Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales: Equidad para la Diversidad, cuyo propósito fue comprometer a los trabajadores de educación a fin, a desarrollar un mejor esfuerzo para ofrecer una educación de calidad a los alumnos con necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad (García, et. al, 2000).

En el 2000 nace el Programa Nacional de Actualización Permanente , que ofrecía el Concurso Nacional de Integración Educativa a todos los profesionales de educación especial que desearan tomarlo (García, et. al, 2000).

Por lo anterior, consideramos que las escuelas de educación especial jugaron un papel importante dado que con ellas se buscó mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad brindándoles una educación especializada y adaptada a sus necesidades, pero esto tuvo como consecuencia la segregación ya que se impidió la permanencia de las personas con discapacidad en escuelas ordinarias y por ello al egresar de las escuelas especiales su integración con la sociedad se veía afectada. Asimismo con el paso de los años a las personas con discapacidad se les fue dando términos neutros sin denigrarlos. Además con la normalización se trató de integrar a las personas con discapacidad brindándoles igualdad de oportunidades, de igual manera en México, se realizaron acciones para una mejor educación para las personas con discapacidad, creando escuelas, unidades de apoyo a la educación regular, conferencias, cursos, etc. En el siguiente apartado se expondrá la importancia que en el ámbito mundial se le ha dado a la discapacidad para lograr reconocer los esfuerzos realizados en torno a las personas con discapacidad para que tengan una vida lo más normal posible.

Discapacidad: perspectiva mundial

Actualmente la sociedad, enfrenta grandes problemas de igualdad, respeto, tolerancia, etc. Este apartado se centra en las personas que presentan alguna discapacidad, ya que es un tema al cual se le debe poner un énfasis dada su importancia, para ello se han tomado, como referencia organizaciones internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la

Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés), que se han empeñado en disminuir dicho problema, desarrollando algunos documentos en los que tienen como objetivo el establecer una buena integración de las personas con discapacidad para dar pauta al establecimiento de la igualdad de oportunidades y proporcionar una mejor calidad de vida. De igual manera en México se han creado leyes y programas que tratan de ayudar a las personas con discapacidad, para que puedan tener una vida lo más normal posible, así como un trato digno.

En el ámbito mundial, la ONU desarrolló la Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental en 1971, declarando que las personas con retraso mental, tenían los mismos derechos que los demás seres humanos, como el derecho a la atención médica y al tratamiento físico (si lo requiere), derecho a la educación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo sus capacidades y sus aptitudes; la persona debía residir con su familia, participar en las distintas formas de vida de la comunidad. En su lugar de residencia debía recibir asistencia; en caso de que fuera internado en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de la institución debían ser semejante a las de la vida normal; la persona con retraso mental debía contar con la atención de un tutor calificado, cuando fuese indispensable la protección de su persona y sus bienes; este también estaba protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante.

De igual importancia en la Declaración de los Derechos de los Impedidos expedida por la ONU en 1975 realizó 13 derechos para las personas con discapacidad, en los cuales, se hizo referencia a que las personas con discapacidad se debían desarrollar dentro de la sociedad lo más normal posible en sus diferentes actividades adquirirían de esta manera su independencia, sin dejar de lado sus necesidades y sin que estuvieran expuestos a la discriminación de cualquier índole. Además, las personas con alguna discapacidad tenían el derecho a recibir atenciones médicas (o de cualquier tipo), así como también un nivel de vida estable.

Por lo tanto, dicha declaración define a los impedidos mencionando que:

El término “impedido” designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en sus totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales (ONU, 1975, art. 1).

Esta declaración tomó en cuenta a las personas que presentaran alguna discapacidad, e incluía a su familia que formaba un papel importante para su óptimo desarrollo en todas las etapas de su vida, por esta razón la Declaración hizo referencia a que se proporcionara información por todos los medios para evitar cualquier tipo de explotación o tratos abusivos en contra de las personas con discapacidad, su familia y su comunidad.

Posteriormente, en 1982 la ONU proclamó el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, mencionando que la existencia de personas con discapacidad, era causada por “deficiencias mentales, físicas o sensoriales” (p.2). El propósito de este programa era promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, para la rehabilitación, la realización de los objetivos sobre igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y su desarrollo.

En este programa la ONU (1982) estableció la distinción entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. Definiendo que:

[La] deficiencia: [es] Toda pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Minusvalía: Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales) (ONU, 1982, art. 6).

El programa además menciona que las personas con discapacidad no forman parte de un grupo homogéneo. Ya que se encuentran dentro de ella las “personas con enfermedades o deficiencias mentales, visuales, auditiva o del habla; las personas que tienen movilidad restringida o las llamadas deficiencias médicas (ONU, 1982, art. 8).

De igual manera, en materia educativa se desarrolló la Declaración Mundial sobre Educación para todos “Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje” (UNESCO, 1990). En la declaración se resaltó el derecho a la educación para “todos, hombres y mujeres, de todas las edades y en el mundo entero [...] declaró que “las necesidades básicas de aprendizaje de las personas impedidas precisan especial atención. Es necesario tomar medidas para garantizar a esas personas, en sus diversas categorías, la igualdad de acceso a la educación como parte integrante del sistema educativo” (art. 3), manifestando implícitamente que las personas que presentan alguna discapacidad también tiene derecho a este goce universal.

Además esta declaración, dio prioridad a que la educación debe estar adecuada a las necesidades de aprendizaje y adecuada al contexto en el que viven, por tal motivo definió que: “la educación primaria debe ser universal, garantizar la satisfacción de las necesidades básicas del aprendizaje de todos los niños y tener en cuenta la cultura, las necesidades y las posibilidades de la comunidad” (UNESCO, 1990, art. 5).

Las bases que se fijaron en la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994) fueron el derecho universal de la educación, independientemente de las diferencias particulares, la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, manifestando que:

Las escuelas deben acoger a todos los niños, independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales lingüísticas u otras [y la participación de la sociedad para] mejorar el acceso a la enseñanza de la mayoría de las personas con necesidades especiales (p. VII).

Cabe destacar que en esta Declaración se siguió un término más justo para las personas con discapacidad, de acuerdo a esto se dio el término "necesidades educativas especiales [refiriéndose] a todos los niños y jóvenes cuyas necesidades se derivan de su capacidad o sus dificultades de aprendizaje” (UNESCO, 1994, p. IX), que este ya venía designándose desde el Informe Warnock de 1978.

Asimismo en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación [CINE] publicada por la UNESCO en 1997 hace referencia al concepto de Educación

Especial que estaba destinada a los alumnos que presentaban alguna discapacidad, posteriormente se cambió el término por el de Necesidades Educativas Espaciales.

De igual modo en la revista Especializada de Salud en su artículo sobre La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001 que tiene por objetivo dar a conocer cuáles son los principales retos y como puede afrontarlos en materia de salud pública un país y que además “es un instrumento [...] para describir y comparar el estado de salud de las poblaciones” (Jiménez, González y Martin, 2002, p. 272) en el marco conceptual se hizo mención de que:

Las *deficiencias* hacen referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; es decir, representa trastornos a nivel de órgano. Las discapacidades reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; por lo tanto, representan trastornos a nivel de la persona. Las minusvalías hacen referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las discapacidades; es decir, reflejan la adaptación del individuo al entorno (Jiménez, González y Martin, 2002, p. 273)

La finalidad de dicho documento es poder implementar las medidas (sanitarias) necesarias en cuanto a la situación de salud y de esta forma evitar las discapacidades proporcionando datos e información pertinente, necesaria y oportunamente a las poblaciones para tener eficiencias en la sociedad, para lo cual varias disciplinas (que aportan conocimientos de salud) e instituciones realizaron estudios e investigaciones para de esta forma poder intervenir y ayudar.

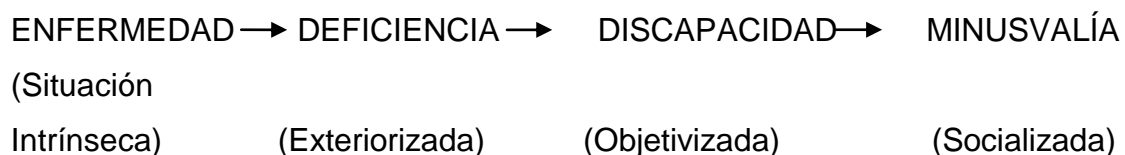
De igual importancia la OMS en el 2004 decretó la estrategia RBC [Rehabilitación Basada en la Comunidad] en la cual, no solo tomo en cuenta a las personas que presentaban alguna discapacidad y a su familia, sino que también involucró a la comunidad en la que vivían para que pudieran gozar de oportunidades iguales así como de una integración total a la sociedad. Por esta razón, en esta estrategia es muy importante la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza (causa que esta correlacionada con la discapacidad), así como la integración dentro de la sociedad.

Los objetivos principales de esta estrategia son “Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales [...] e impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad” (OMS, 2004, p.3) para una plena inclusión. Que estos objetivos se cumplan, no solo depende de las personas con discapacidad, su familia, su comunidad a la que pertenezcan, las diferentes organizaciones involucradas con la discapacidad sino que también de todas las personas en general y a nivel nacional.

En esta estrategia, “la discapacidad ya no se considera la mera consecuencia de una deficiencia [...] [porque] la discapacidad ha agudizado la conciencia de que las barreras a la participación son causas muy importantes de discapacidad” (OMS, 2004, p. 3) por lo cual, esta estrategia trata de asegurar una buena calidad para las personas con discapacidad, su familia y su comunidad haciéndolos partícipes de todo y dando la opción de tomar sus propias decisiones.

La RBC hace mención a que las personas con discapacidad tanto niños como niñas y hombres y mujeres tienen el derecho a la educación y a la igualdad de oportunidad sin excepción alguna, para que puedan participar y desarrollarse como cualquier ser humano y además poder desempeñarse en un trabajo y “a disfrutar de salud y bienestar, y a participar plenamente en actividades educativas, sociales, culturales, religiosas, económicas y políticas” (OMS, 2004, p.4) para alcanzar su máximo desarrollo.

La OMS elaboró una clasificación de discapacidad la cual menciona que tiene la evolución siguiente:



La deficiencia, tenía la siguiente clasificación (Sánchez, 2001, p. 62):

- Deficiencias cognitivas: inteligencia, memoria, pensamiento, agnosias, apraxias, conciencia, percepción, atención...
- Deficiencias afectivo-motrices: emoción, afecto, psicomotricidad...
- Deficiencias de lenguaje: comprensión, expresión, de la voz, del habla.
- Deficiencias de visión: agudeza visual, pérdida, etc.
- Deficiencias de la audición: sensibilidad auditiva, percepción auditiva...
- Deficiencias viscerales: cardio-respiratorias, gastro-intestinales, urinarias, respiratorias, órganos sexuales, masticación, deglución, olfato, etc.
- Deficiencias músculo-esqueléticas: mecánicas y motrices de cabeza y tronco.
- Deficiencias desfiguradoras: incluyen cabeza y tronco.
- Deficiencias generalizadas: sensitivas y otras: continencia, metabólicas, etc.

Las discapacidades, fueron clasificadas de la siguiente manera (Sánchez, 2001p. 62):

- Discapacidades de la conducta: de la conciencia, relaciones, etc.
- Discapacidades de la comunicación: hablar, escribir, expresar...
- Discapacidades del cuidado personal: higiene, excreción, alimentación...
- Discapacidades de locomoción: andar, levantarse, correr...
- Discapacidades de la destreza: agarrar, controlar la cabeza...
- Discapacidades sensoriales: ceguera, sordera...
- Discapacidades aptitudinales: procesamiento, cognitivas, motivacionales, etc.

Las minusvalías, las clasificaron de la siguiente forma (Sánchez 2001, p. 63):

- Minusvalías de orientación: incapacidad para orientarse en relación con el entorno.
- Minusvalías de independencia física: tener necesidad de ser ayudado por otros en relación con el cuidado personal y otras actividades de la vida ordinaria.
- Minusvalías de movilidad: para desplazarse en su entorno.
- Minusvalía ocupacional: afecta al trabajo, ocio y tiempo libre.
- Minusvalía de integración social: mantener relaciones sociales.
- Otras minusvalías: todas aquellas que dan origen a una inadaptación social.

Después en el 2006, la ONU [Organización de las Naciones Unidas] realizó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este acuerdo estableció como objetivo “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente” (ONU, 2006, p. 4). Definió también que “las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan 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, p. 4).

Se concluye que exponer organismos mundiales que trataron de eliminar las barreras para las personas con discapacidad resulto importante dado que se reflejaron los esfuerzos realizados para lograr que a las personas con discapacidad se les brindara igualdad de oportunidades así como respeto. Con ello quedo demostrado que mundialmente se ha puesto atención a la discapacidad en donde se tomaron en cuenta varios factores como lo familiar, escolar, laboral y social para que las personas con discapacidad logaran su máximo desarrollo y bienestar personal y social. En seguida se resaltarán leyes y programas realizados en México para asegurar en las personas con discapacidad sus derechos y su reconocimiento como seres humanos sin importar su condición de discapacidad.

Legislación sobre discapacidad en México

En México también se han creado algunos documentos, en su mayoría, de corte legislativo que han coadyuvado a cambiar la perspectiva hacia las personas con discapacidad, de igual modo con el objetivo de combatir la discriminación y la contribución hacia la igualdad de oportunidades e integración de las personas que presentan alguna discapacidad, a la sociedad, que podrían mencionarse algunos, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917/2008), la Ley General de Educación (1993/2009), la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003/2007), el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y la

Integración Educativa (SEP,2002) y la Ley General de las Personas con Discapacidad (2005/2008).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en primera instancia se hizo referencia a lo que se estableció en las garantías individuales en donde se dictaminó la igualdad y la prohibición a toda exclusión de los mexicanos, pese a sus características en el art. 1º:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917/2008).

Por otro lado, en La Ley General de Educación (1993/2009), también hizo un paréntesis para hacer referencia a la discapacidad en su artículo 41, en donde es visible la tendencia a una integración educativa, que tiene como objetivo promover la igualdad de oportunidades educativas a los niños que presentan alguna discapacidad, estableciendo adecuaciones curriculares, la buena capacitación de profesores para atender a estos niños, la buena cooperación entre los padres de los niños que presentan alguna discapacidad y de otros apoyos profesionales para llevar a cabo la educación de calidad, el artículo estableció lo siguiente:

La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación (Ley General de Educación1993/2009).

Después, en el 2002 se proclamó el Programa Nacional del Fortalecimiento de la Educación Especial y la Integración, proyecto desarrollado por la SEP [Secretaría de Educación Pública] también se dió importancia a las personas con discapacidad, este documento se llevó a cabo con la intención de promover la equidad educativa, manifestando entre sus objetivos principales que “se garantizará una atención educativa de calidad para los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a los que presentan discapacidad, mediante el fortalecimiento del proceso de integración educativa y los servicios de educación especial” (Programa de Nacional de Fortalecimiento de la Educación y la Integración, 2002).

Con respecto a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, sustentó que para la ejecución de esta ley, “se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en alguna discapacidad [...] tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas” (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2003/2007). Siguiendo con el ámbito de la discapacidad también se estableció promover el acceso a centros de desarrollo infantil a esta población, este se encuentra en la facción III del artículo 11°, a favor de la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños.

En la ley general de las personas con discapacidad, se concibió a las Personas con Discapacidad a “toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (Ley General de las Personas con discapacidad, 2005/2008). En esta ley también se enmarca el derecho a la igualdad de oportunidades, las garantías de salud, derecho al trabajo, a la educación, al cambio de infraestructura, desarrollo urbano y de vivienda, acceso al transporte público y comunicación, garantizar el desarrollo y la asistencia social, acceso al deporte y la cultura, porción de seguridad jurídica, de concurrencia, todo lo anterior para

garantizar la plena inclusión de las personas con discapacidad, dentro de un marco de igualdad en todos los ámbitos de la vida.

Con todo lo anterior, gracias a organismos internacionales y nacionales que se han encargado de procurar el bienestar personal, familiar y social de las personas con discapacidad y que han tenido como fin mejorar la calidad de vida de tales personas, se puede decir con certeza que se ha ido cambiado la concepción así como la forma de ver a las personas con discapacidad ya que a lo largo del tiempo y con ayuda de todos han llegado a ocupar un papel importante dentro de la sociedad con igualdad de derechos y oportunidades.

Para finalizar este apartado, se afirma que las leyes y programas relacionadas con la discapacidad realizados en México promueven la igualdad y evitan la discriminación, en donde se menciona principalmente que todas las personas sin importar su condición tienen derecho a ser tratados como cualquier persona, a gozar de educación, a recibir atención médica, etc. Con ello se plantea la necesidad de integrar a las personas con discapacidad a la sociedad en todos los ámbitos de la vida. A continuación se mostraran algunas clasificaciones de discapacidad para conocer en que categorías se encuentran las discapacidades y con ello se identificara la clasificación de la población con la que se trabajó.

Clasificaciones de discapacidad

En el XII Censo Nacional de Población y Vivienda (2000) se efectuó una encuesta para conocer cuáles eran las discapacidades y deficiencias más comunes entre la población mexicana para tal efecto, se logró realizar una clasificación en la cual se tomó como referencia a la OMS para que ayudara a dar una categoría a las personas con alguna discapacidad. En dicho censo se realizó una definición acerca de las deficiencias en la cual se dijo que: “las deficiencias se refieren al órgano o la parte del cuerpo afectado [...] y las discapacidades se refieren a la consecuencia de la deficiencia en la persona afectada” (INEGI, 2000, p. 5).

Para poder realizar estas clasificaciones, tomando en cuenta que se llevó a cabo con la población, no se utilizaron criterios médicos o clínicos porque la información

proporcionada fueron descripciones en las cuales se pudo categorizar la discapacidad o deficiencia de las personas, las categorías que se obtuvieron fueron tres: motriz, sensorial y mental. Así mismo, se colocaron subgrupos para poder dar más especificaciones a cada uno de los grupos.

Dentro del grupo de las motrices se encuentran las deficiencias y discapacidades para poder realizar habilidades físicas como caminar, manipular objetos y coordinar movimientos, generalmente dentro de este grupo se requiere de la ayuda de otras personas o de algún instrumento mecánico para realizar actividades de la vida diaria. Esta categoría comprende tres subgrupos. En el primero de ellos se encuentran las discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza en la cual refieren a las personas con la falta total o parcial de sus piernas, aquellas que no pueden desplazarse por sí mismas o que necesitan un instrumento para desplazarse.

El siguiente subgrupo es el de las discapacidades de las extremidades superiores en las cuales se encuentran las personas que tienen limitaciones para poder mover brazos y manos debido a la pérdida total y parcial o aquellos que han perdido el movimiento de brazos o manos y que debido a esto no pueden realizar actividades cotidianas. El tercer y último subgrupo pertenece al de insuficientemente especificadas en el cual no se proporcionó claramente la descripción de la discapacidad, ya que los encuestados respondieron con términos ambiguos.

Para las discapacidades sensoriales y de la comunicación se toman en cuenta también las deficiencias y discapacidades oculares, auditivas y del habla. En este grupo además contiene el subgrupo de las discapacidades para ver donde se coloca a las personas que presentan la pérdida total de la visión, la debilidad visual y aquellos que no pueden ser superadas con el uso de lentes, en este aparatado se considera discapacidad cuando se está afectado un ojo o los dos. Además está el subgrupo de la discapacidad para oír la cual integra la pérdida total o parcial en uno o en los dos oídos ya fuera grave, severa o intensa.

El siguiente subgrupo se encuentra conformado por las discapacidades para hablar (mudez) la cual se refiere a la pérdida total del habla. Después se encuentra el

subgrupo de discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje en donde se encuentran la incapacidad para comprender, generar y emitir mensajes hablados debido a que la producción de los mensajes no son claros. El subgrupo de insuficientemente especificado no contiene descripciones precisas para colocarla en alguno de los anteriores.

En el grupo de las mentales se incluyen las deficiencias intelectuales y conductuales que representan dificultades debido a la incapacidad para comportarse así como para aprender, además la persona no puede tener una interacción con su entorno ya que sus actividades presentan restricciones y limitaciones en su vida cotidiana y con otras personas. De igual importancia este grupo presentó tres subgrupos para categorizar las discapacidades mentales. El primer subgrupo estaba conformado por las discapacidades intelectuales (retraso mental) en donde se encuentran las personas con retraso o deficiencia mental y pérdida de la memoria. Estas personas tienen dificultad para realizar actividades cotidianas por sí mismas y que requieren de la ayuda de otra persona. Después se encuentra el subgrupo de las discapacidades conductuales y otras mentales en las cuales la persona no puede relacionarse con otros, por su comportamiento y actividades diferentes. Esta discapacidad está categorizada de moderada a severa. El último subgrupo está conformado por las de insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales ya que en la descripción proporcionada no hacen referencia a alguna discapacidad mental.

El INEGI (2010) también realizó una categoría en la cual se agregan las discapacidades múltiples, las cuales tenían combinación de varias discapacidades. La finalidad de este grupo era poder identificar alguna discapacidad diferente a las anteriores o que existe la combinación de estas. Es importante resaltar que en esta clasificación no se tomaron en cuenta aquellas discapacidades y deficiencias leves dado que se podían superar con rehabilitación o tratamientos y que no eran mayores a seis meses. Para la anterior se llevó a cabo un apartado de claves especiales en las cuales se colocaron las limitaciones de las personas o aquellos casos en los cuales no se sabía si era discapacidad o no.

Otra clasificación importante en cuanto a algunas discapacidades fue la que realizó Alegre (2000) en la cual se considera que la visión es uno de los sentidos más amplios y que por tal motivo un niño que presenta ceguera o baja visión puede percibir todo lo que le rodea. Para tener una categoría más amplia de deficiencias visuales Barragán (citado en Alegre, 2000) proporcionó una clasificación en la cual se menciona que:

Ciego: es aquel que carece totalmente de visión.

Ciego parcial: sólo tiene percepción de luz, bultos y contornos, con algunos matices de color.

Baja visión: puede ver objetos a centímetros cortos.

Limitados visuales: son los que necesitan de algún instrumento o aparato para mejorar su visión.

En cuanto a las dificultades auditivas se considera que son aquellas personas que no adquieren un lenguaje oral espontáneo y que por lo tanto se le dificulta tener una vida ordinaria, para lo cual requieren de atención especializada con técnicas que le ayuden a tener un aprendizaje mejor. Las personas con dificultad auditiva presentan cuatro factores que ayudan a brindarles una mejor atención dichos factores son: el grado de pérdida auditiva, la edad cuando comienza la sordera, las causas que lo provocaron y los factores educativos y comunicativos (Barragán, en Alegre, 2000).

Las dificultades motrices son aquellas en las cuales las personas, ya sea de manera permanente o transitoria, tiene alteración en su aparato motor debido a un funcionamiento deficiente en el sistema nervioso y óseo articular lo cual limita las actividades cotidianas de la persona que presenta dicha dificultad. La clasificación de deficiencias motrices es la siguiente (Barragán, citado en Alegre, 2000):

- a) Fecha de aparición: que puede presentarse a cualquier edad a lo largo de la vida.

- b) Etiopatología: por cualquier infección, transmisión, accidente o un origen desconocido.
- c) Localización topográfica: que puede ser parálisis (monoplejía, hemiplejía, paraplejía, tetraplejía) o paresia (monoparesia, hemiparesis, paraparesia, tetraparesia).
- d) Origen de la deficiencia: que puede ser de origen cerebral (parálisis cerebral, traumatismos cerebrales, tumores), espinal (espina bífida, poliomielitis, lesiones medulares), muscular (miopatías) o de origen óseo-articular (malformaciones, distrofias, reumatismos, lesiones).

Otra clasificación fue la que realizó la SEP (2009) en el documento normas de control escolar relativas a la inscripción, reinscripción, acreditación, regularización y certificación para escuelas de educación básica oficiales y particulares incorporadas al sistema educativo nacional, definió a la discapacidad como “la deficiencia física, mental o sensorial, de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de las personas para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, y puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (p. 94) así mismo proporcionó la siguiente clasificación:

- Discapacidad intelectual: se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas.
- Discapacidad motriz: en ella hay dificultades de control de movimientos y de postura de la persona, en los músculos, esta puede ser ligera, moderada o grave. Esta condición no afecta el rendimiento intelectual de la persona.
- Discapacidad Múltiple: en esta hay presencia de dos o más discapacidades que pueden ser físicas, sensoriales y/o intelectuales. La persona requiere de apoyos en diferentes áreas de las habilidades adaptativas y en el área del desarrollo.

Con todo lo anterior, se puede notar que las personas con discapacidad han sufrido desde siglos anteriores, algún tipo de rechazo, humillación, discriminación, etc., por lo tanto este capítulo se abordó la historia de las personas con discapacidad desde las concepciones que se tenían en épocas primitivas, hasta la normalización de las personas con discapacidad, mencionando autores que se interesaron por aportar a las personas con discapacidad una mejora en su calidad de vida.

Además, sin dejar de lado gracias a organismos internacionales y nacionales que se han encargado de procurar el bienestar personal, familiar y social de las personas con discapacidad y que han tenido como fin mejorar la calidad de vida de tales personas, se puede decir con certeza que se ha ido cambiando la concepción así como la forma de ver a las personas con discapacidad ya que a lo largo del tiempo y con ayuda de todos han llegado a ocupar un papel importante dentro de la sociedad con igualdad de derechos y oportunidades.

Se afirma que las clasificaciones realizadas son importantes ya que con ellas se logra identificar a la población con la cual se trabajó en esta investigación identificando que de acuerdo con el INEGI (2000) se encuentran en el grupo de las mentales donde principalmente se presentan problemas para comportarse adecuadamente o para interactuar con su entorno y por lo tanto se les presentan dificultades en su vida cotidiana. Dentro del siguiente capítulo se abordará el concepto de las habilidades sociales, la Teoría del Aprendizaje Social, así como algunos problemas que presentan las personas con discapacidad en torno a las habilidades sociales. Por último, se presentaran algunos programas llevados a cabo con las personas con discapacidad.

HABILIDADES SOCIALES

En el siguiente apartado se dará a conocer una reseña histórica a cerca del concepto y la importancia que tiene el entrenamiento de las habilidades sociales en las personas con discapacidad, en donde se menciona que las habilidades sociales tienen como objetivo contribuir a la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. Además se describirá la teoría del Aprendizaje Social que sustentan las habilidades sociales, algunos de los problemas que presentan las personas con discapacidad en cuanto a las habilidades y se expondrán algunos programas desarrollados acerca del tema.

Desde la época de las escuelas de educación especial, mencionada en el capítulo anterior, las personas con discapacidad eran separadas de otras personas que no tenían discapacidad, incluso de la sociedad, esto provocó la no integración, por tal motivo este problema ha venido afectado varias áreas de las personas que tienen discapacidad, una de ellas es el desarrollo de habilidades sociales, aunque no es igual en todos los casos, ya que depende de la historia de vida de cada uno. Hablar de habilidades sociales es un campo que presenta una historia, que datan estudios desde la época de Aristóteles refiriéndose principalmente al comportamiento social del ser humano, este personaje manifestaba que el ser humano ha nacido para desarrollarse en una sociedad, el ser humano necesita de ella y ella de él para sobrevivir físicamente y mantener un equilibrio psicológico, sin embargo aún no se hablaba de habilidades sociales (Ballester, 2002).

Caballo (1993), siguiendo ideas de Philips menciona que los primeros intentos de entrenamiento de las habilidades sociales, fueron con los trabajos de Jack en 1934, Williams en 1935, Page en 1936, Murphy, Murphy y Newcomb en 1937, Thomson en 1952 y, estos estudiaron aspectos de la conducta social de niños, sin embargo estos estudios fueron ignorados; posteriormente agregó Curran (en Caballo, 1993) que con base de ideas neofreudianas se desarrollaron estudios de los instintos biológicos, con este hecho se fue dando un modelo interpersonal de desarrollo que están relacionados con el tema del entrenamiento de las habilidades sociales.

Los estudios que se empezaron a tomar en cuenta fueron investigaciones que se desarrollaron en Estados Unidos y en Inglaterra, el primero fue en 1949 que destacó el trabajo de Salter llamado terapia de reflejos condicionado, influido por estudios de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior. Este proyecto fue continuado por Wolpe en 1958 quien fue el primero en introducir el término asertivo, más tarde utilizado por otros autores como Lazarus, Albery y Emmons personajes que impulsaron la investigación de las habilidades sociales. Más tarde se llevó a cabo el proyecto “estás en tu derecho” dedicado solamente al tema de asertividad. Posteriormente en los años sesenta, se desarrolló aún más el término de habilidades sociales con la elaboración de programas para reducir los déficits en las habilidades sociales (Caballo, 1993).

En la misma década, los trabajos de Zigler y Philips se encaminaron a la competencia social en adultos institucionalizados, donde se llegó a la conclusión que “cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes que son internados en el hospital, menor es la duración de la estancia en él y más baja su tasa de recaídas” (p. 2). Los anteriores proyectos se desarrollaron en Estados Unidos, sin embargo el tema habilidades sociales también se abarcó en Inglaterra, en donde tuvo sus raíces históricas el término habilidad, pues se relacionó con la analogía de hombre-máquina que involucraba el procesamiento de información (Caballo, 1993).

Caballo (1993) hace referencia a una cronología, donde muestra la evolución del término de habilidades sociales:

- 1946, Salter empleó el término personalidad excitatoria.
- 1958, Wolper utilizó el término conducta asertiva.
- 1971, Lazarus manejó el término libertad emocional.
- 1975 Libermang y colaboradores emplearon el término competencia.

Sin embargo, a pesar de los cambios, en el campo de la investigación tuvo más auge y seguimiento el término habilidades sociales, ya expuesto desde la década de los sesenta y se empezaron a tomar como sinónimos los términos habilidades sociales, entrenamiento asertivo, entrenamiento de habilidades sociales (Caballo, 1993), la

diferencia radicaba en los tipos de sujetos o contextos en los que fueron aplicados; pero todos se refieren a que las habilidades adquiridas por aprendizaje (observación, imitación, ensayo, etc.), se desarrollan en reforzamiento social y se ven modificadas dependiendo de la especificidad de la situación, edad, sexo y estatus. Por otra parte hay que tomar en cuenta que las habilidades sociales tiene un triple campo, que comprenden lo cognitivo, emocional y moral (Segura, en Velásquez, Montgomery, Pomalaya, Vega, Guevara, García, Díaz, 2009).

Hasta el momento se ha hablado de los diversos cambios que ha tenido el estudio de las habilidades sociales y para entrar más a fondo se tomará en cuenta el concepto de las habilidades sociales como un conjunto de conductas que sirven para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y satisfactoria, consideramos que es importante hacer un entrenamiento de estas, en las personas con discapacidad para propiciar la integración dentro de la sociedad. Kelly (2000) describe las habilidades sociales como conductas que se adquieren en el ambiente, se manifiestan en situaciones interpersonales y agrega que “sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo” (p. 19). Del mismo modo Castilla (s. f.) hace referencia a las habilidades sociales basándose en ideas de Monjas que manifiesta que son conductas o destrezas de tipo interpersonal, además de ser comportamientos adquiridos complejos que se expresan cuando se está en interacción con otros individuos.

Ballester (2002) expresó que las habilidades sociales son útiles a lo largo de toda la vida humana, además permiten relacionarnos con otras personas y ayudan a cubrir nuestras necesidades. Además expreso que tiene como otra ventaja el desarrollo cognitivo y los aprendizajes dentro y fuera de la escuela, pues “constituyen un requisito necesario para desarrollar y establecer una buena socialización del niño entre sus iguales e influyen en su rendimiento” (p. 9). Teniendo como objetivo el comportamiento adaptativo, las habilidades sociales se desarrollan en un proceso de socialización, dentro del cual los individuos adquieren las conductas y valores propios de ella, agregando que es “la capacidad de asumir y poner en juego roles sociales acordes con la edad y sexo de la persona de una manera en que logren

satisfacer las expectativas de los diversos sistemas sociales en los que participa” (p. 19).

La expresión habilidad social encierra otras dimensiones como a las personas que pueden describirse socialmente competentes, como expresa Kelly (2000), las personas que poseen esta habilidad, son personas que pueden relacionarse de forma eficaz con otros individuos, son personas que entablan relaciones con facilidad, conversan con otros, emiten y reciben información sin problemas en alguna conversación.

En el escrito de Caballo (1993, p. 5) se hace referencia a un listado de definiciones a cerca de la conducta socialmente habilidosa:

Tabla 2. Definiciones de conducta socialmente hábil.

Autores	Definición
Libet y Lewinsohn	Capacidad compleja para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás.
Rimm	Conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos.
Rich y Schroeder	La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo.
Hersen y Bellack	La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social.
Wolpe	La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad.
Alberti y Emmons	La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás.
Mac Donald	La expresión manifiesta de las preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera tal que haga que los otros la tomen en cuenta.
Phillips	El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos,

	necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto.
Hergie, Aunders y Dickson	Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y están bajo el control del individuo.
Kelly	Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente.
Linehan	La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que maximicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (efectividad en los objetivos) mientras que al mismo tiempo maximiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con otra persona (efectividad en la relación) y mantiene la propia integridad y sentido del dominio (efectividad en el respeto a uno mismo).
Trower, Bryant y Argyle	Una persona puede considerarse socialmente inadecuada si es incapaz de afectar la conducta y los sentimientos de los demás en forma en que lo intenta y la sociedad lo acepta.

Con los datos anteriores Caballo llegó a la conclusión de que las primeras definiciones se enfocan solo en el contenido, refiriéndose a la expresión de la conducta, posteriormente se agregan las consecuencias, que son el refuerzo social y por último, otras se refieren a las consecuencias de comportamiento; dadas las conclusiones manifestó que la conducta socialmente habilidosa es:

El conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo 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 probabilidad de futuros problemas (1993, p. 6).

Hablar de habilidades sociales involucra otros términos como el comportamiento socialmente competente, que involucran tres conceptos que desarrolla Ballester (2002):

- El consenso social: se refiere a un comportamiento considerado incorrecto si no es del agrado del grupo que lo juzga, pero puede ser considerado habilidoso por otro grupo de referencia.

- La efectividad: una conducta habilidosa en la medida en que conduce a la obtención de aquello que se propone.
- Carácter situacional: un comportamiento es adecuado en una situación, pero puede no serlo en otra.

La adquisición de habilidades sociales son principalmente por el ambiente en que se desarrolla el individuo, se aprenden, durante su adquisición hay dos variables implicadas: la propia conducta, que se da en el campo individual, es lo que la persona hace, dice y piensa y las conductas de los demás, que es en el plano social, es la relación del entorno ante lo que el individuo hace, Ballester (2002) postuló algunas ideas prácticas para facilitar la adquisición y el desarrollo de las habilidades sociales (p. 14-15):

1. Ofrecer un modelo adecuado que facilite resolver conflictos por medio del diálogo, conversar y desarrollar conductas asertivas, mostrarse receptivo ante los demás, expresar de manera adecuada sus emociones, defender sus derechos de manera no ofensiva para los demás, etc.
2. Valorar los aspectos positivos como:
 - Reducir el uso de la recriminación para corregir los déficits en las habilidades sociales.
 - Valorar otras conductas alternativas que con mucha frecuencia pasan desapercibidas.
 - Mantener una actitud positiva ante cualquier logro del niño, por mínimo que parezca.
 - Permitir que éste realice las conductas, aunque en un principio no lo haga del todo bien.
3. Facilitar el entrenamiento en un pensamiento divergente. Nuestro entorno cultural genera sobre todo un estilo de pensamiento unidireccional, es decir, existe la tendencia a buscar una única solución a los problemas y situaciones de la vida cotidiana, sin tener en cuenta que, en la mayoría de las ocasiones, las soluciones o alternativas pueden ser diferentes y múltiples.
4. Proporcionar ocasiones facilitadoras de habilidades sociales. Cuando se ofrecen al niño experiencias variadas que posibilitan que se relacione en

distintas situaciones sociales se está favoreciendo el ejercicio y desarrollo de las habilidades sociales.

Tratando de conjuntar las anteriores ideas, Galán (2007) concluye que las habilidades sociales son conductas o comportamientos aprendidos, se adquieren a partir de un proceso de aprendizaje por medio del entorno interpersonal, como en la familia, la escuela y/o la comunidad, estas permiten interactuar de forma afectiva y satisfactoriamente con otras personas, en donde intervienen otros componentes como el autocontrol, las emociones, la solución de conflictos (situaciones determinadas), etc. Por lo anterior se podría decir que las habilidades sociales, se adquieren en un proceso interpersonal, están dirigidas hacia un objetivo que es saber relacionarse de forma efectiva con los demás y esto es lo que pretendemos con el proyecto, para mejorar y llevar a cabo de una manera satisfactoria el proceso de inclusión en las personas que presentan discapacidad.

Las habilidades sociales están compuestas por elementos, autores como Caballo (1993) y Ballester (2002) coinciden con los elementos verbales, los no verbales, y los paralingüísticos o vocales. Sin embargo, Caballo (1993) anexa los componentes mixtos más generales, que son la combinación de 2 o más de los componentes anteriores.

Los componentes verbales (Caballo 1993 y Ballester, 2002) se refieren a las palabras escogidas para transmitir un mensaje, este elemento es discreto, se puede controlar fácilmente y se utiliza a conciencia. Se emplea para comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar, las expresiones se usan depende de la situación, el tema de conversación, el rol o la situación en la que el individuo esté inmerso.

Los componentes paralingüísticos que “son aspectos que acompañan al habla y contribuyen a modular el mensaje” (Ballester, 2002, p. 21), estos difieren del elemento verbal porque es un componente que el individuo no suele ser consciente, están presentes cuando se pretende transmitir algún mensaje de forma clara, pero

no se logra el objetivo por ansiedad o temor a aburrir, por consiguiente pueden afectar el significado de lo que se dice y de cómo se recibe el mensaje (Ballester, 2002 y Caballo, 1993).

Los componentes no verbales, tienen como función remplazar las palabras, en ocasiones pueden enfatizar un mensaje, existe una dificultad para ser controlados, pero a veces contradice lo que expresamos verbalmente y los componentes mixtos más generales, son los que no son tan concretos pueden estar compuestos por componentes no verbales y/o paralingüísticos y/o no verbales.

Componentes de las Habilidades sociales (Caballo, 1993, p. 20-21)

1. Componentes no verbales

- La mirada/ contacto ocular: mirada cuando habla el otro, mirada cuando habla el sujeto y mirada durante el silencio.
- Latencia de la respuesta
- Sonrisas
- Gestos
- Expresión facial
- Postura: cambios de postura
- Distancia/ proximidad
- Expresión corporal
- Automanipulaciones
- Asentimientos con la cabeza
- Orientación
- Movimientos de las piernas
- Movimientos nerviosos de las manos
- Apariencia personal

2. Componentes paralingüísticos

- Voz: volumen, tono, claridad, velocidad, timbre, inflexión.
- Tiempo de habla: duración de la respuesta, número de palabras dichas
- Perturbaciones del habla: pausas/silencios en la conversación; número de muletillas; vacilaciones.
- Fluidez en el habla.

3. Componentes verbales

- Contenido general: peticiones de nueva conducta, contenido de anuencia, contenido de alabanzas, preguntas, contenido de aprecio,

auto revelación, refuerzos verbales, contenido de rechazo, atención personal, humor, verbalizaciones positivas, variedad de los temas, contenido de acuerdo, contenido de enfrentamiento; manifestaciones empáticas; formalidad; generalidad; claridad: ofrecimiento de alternativas; peticiones para compartir la actividad; expresiones en primera persona; razones (explicaciones).

- Iniciar la conversación
- Retroalimentación

4. Componentes más generales

- Afecto
- Conducta positiva espontánea
- Escoger el momento apropiado
- Tomar la palabra
- Ceder la palabra
- Conversación en general
- Saber escuchar.

Con lo anterior y de acuerdo a la reseña histórica realizada se concluye que las habilidades sociales se aprenden por medio de la experiencia y son conductas que se van aprendiendo durante el desarrollo las cuales son básicas para relacionarse de forma satisfactoria con las demás personas y que en el caso de algunas personas con discapacidad se requiere de entrenamiento para ayudarles a mejorar sus habilidades sociales y lograr que mantengan relaciones interpersonales adecuadamente durante toda la vida. Cabe destacar que las habilidades sociales se componen de varios elementos (como se mencionó anteriormente) y para esta investigación se utilizaron componentes no verbales como miradas, gestos, sonrisas, expresiones faciales, etc., componentes verbales referentes a contenidos generales y componentes relacionados con el afecto, toma de palabra, conversaciones en general, etc. (Caballo, 1993) A continuación se mencionaran las teorías que sustentan las habilidades sociales para llevarlas a cabo en las personas con discapacidad y tener un marco de referencia al momento de aplicar el programa de entrenamiento en las personas con discapacidad.

Teorías psicológicas que abordan las habilidades sociales

Para poder explicar de qué manera se adquieren las habilidades sociales durante el desarrollo del ser humano, es necesario recurrir a la teoría del Aprendizaje Social la cual menciona desde esta postura que “las habilidades sociales se entienden como conductas aprendidas” (Kelly, 2000, p.31), es decir, esta teoría puede describir, explicar y predecir el desarrollo de la conducta de la persona, para tal efecto se debe tomar en cuenta la historia de aprendizaje que ha tenido para conocer cuál ha sido su forma de manejar situaciones.

Las habilidades sociales la mayoría de las veces durante el desarrollo se adquieren por las experiencias y circunstancias que se le van presentando al individuo, dando paso a pensar que solo las personas con simpatía pueden lograr entablar relaciones eficientes con los que le rodean. Sin embargo para poder explicar las habilidades sociales se toma como punto de referencia la Teoría del Aprendizaje Social, mencionada anteriormente, esta fue desarrollada por Albert Bandura, la cual menciona que las habilidades sociales son conductas aprendidas, y no son características que pueda poseer una persona y que al igual que los comportamientos también son susceptibles de modificaciones y aprendizaje. Dichas conductas pueden ser utilizadas dentro de cualquier contexto o situación (Gil; León, 1998). Dicha teoría está basada en principios de condicionamiento como el operante que toma de referencia el ambiente y las consecuencias en el desarrollo y mantenimiento de la conducta.

Una característica importante que menciona Bandura (1987) en su Teoría del Aprendizaje Social es la capacidad de autorregularse en donde el individuo puede ejercer un control sobre su propia conducta, ya que dispone de factores ambientales que hacen que se produzcan determinadas consecuencias en sus propias acciones. La autorregulación es creada por fuerzas externas, pero una vez establecidas, determinan las acciones que tendrá el individuo.

Así mismo Bandura (1987) menciona que las personas no cuentan con un repertorio amplio de conductas innatas, sino que tiene que aprenderlas, y que estas se adquieren por experiencia directa o por observación. Estas conductas se deben a los

“factores biológicos [que] juegan un papel en el proceso de adquisición los factores genéticos y hormonales afectan al desarrollo físico y este, a su vez, puede influir sobre las potencialidades de conducta” (Bandura, 1987, p. 31).

Gil y León (1998) retomaron las ideas de Bandura mencionan que la imitación se da sin refuerzo ya que el aprendizaje por observación de un modelo se produce cuando la acción del modelo es castigada. Sin embargo Bandura hace la diferencia entre imitación y aprendizaje observacional ya que no se ejecutan conductas ajenas sino que se extraen reglas generales para actuar sobre el ambiente y llevarlas a cabo para obtener resultados satisfactorios. Por lo tanto la conducta es controlada por factores externos.

Tal como lo mencionan Prette y Prette (2002) desde el nacimiento se van desarrollando las habilidades sociales hasta llegar a tener un amplio repertorio de estas, que se hacen más elaboradas a lo largo del desarrollo del individuo, por tal motivo la infancia es el periodo más importante para el aprendizaje de la habilidades sociales. Esto se presenta durante esta etapa del desarrollo, debido a que los padres están en constante interacción con sus hijos. Prette y Prette (2002) siguiendo ideas de Forness y Kavale mencionan que gran parte de los aprendizajes se dan de forma vicaria es decir, los niños imitan los comportamientos que observan de sus padres, los cuales a su vez moldean sus comportamientos y castigan o recompensan las conductas de los niños de acuerdo con patrones de comportamiento.

Las habilidades sociales utilizan ciertos niveles de análisis entre ellos se encuentra el de nivel molecular en el cual se encuentran las conductas que pueden ser observables en el individuo por ejemplo los cambios de postura, los movimientos que realiza, etc. El segundo nivel, es el molar, que hace referencia a la capacidad que tiene el individuo en las interacciones para hacerlas efectivas y que se suelen presentar en ciertas situaciones. El último nivel es el intermedio, que son el resultado de patrones de conducta sociales establecidos. (Gil y León, 1998).

Para poder comprender mejor las habilidades sociales es necesario conocer los modelos explicativos en las que se basan, dichos modelos presentan “la probabilidad

de ocurrencia de una respuesta socialmente competente en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, personales y sobre todo, por la interacción entre ambos” (Gil y León, 1998, p. 17) con lo anterior para poder comprender como es que se adquieren las habilidades sociales se recurre a los modelos interactivos en donde las interacciones entre el ambiente y el individuo pueden producir determinadas conductas (Gil y León, 1998).

Los modelos interactivos establecen que la competencia social es el resultado de una cadena de procesos cognitivos y de conductas que se inician con estímulos interpersonales, estos estímulos se producirían para evaluar las posibles respuestas de las cuales se elegiría la mejor (Gil y León, 1998).

La conducta generalmente se ve controlada por factores externos, pero los individuos pueden controlar estas conductas mediante metas que se propongan dando lugar al autorreforzamiento. Es decir, “la conducta es función de la interacción de las presiones externas o situacionales y de los factores personales” (Gil y León, 1998 p.19).

Existen varios mecanismos de aprendizaje de las habilidades sociales entre ellos se encuentra: la consecuencia del refuerzo directo, el resultado de experiencias observacionales, el efecto del *feedback* interpersonal y el desarrollo de las situaciones interpersonales. Con esto, se puede llegar a entrenar las habilidades sociales pero se deben cumplir ciertas condiciones tales como, saber que conducta requiere cada situación, poder observarla y ejecutarla, después se debe conocer si fue efectiva o no la ejecución, luego se deben mantener de manera estable los logros que se alcanzaron y por ultimo adaptar las conductas modificadas para utilizarlas habitualmente (Gil y León, 1998).

Enseguida se detalla cada uno de los mecanismos o principios de la Teoría del Aprendizaje Social y que normalmente son consecuencia del aprendizaje mismo.

- Habilidades como consecuencia del reforzamiento directo.

Los niños aprenden conductas cuando saben que el resultado será una respuesta positiva por parte de un adulto, quien será el que le proporciona lo que necesita y con el paso del tiempo el niño, ira elaborando todo un repertorio de conductas variadas de esta forma “en la medida en que distintos tipos de situaciones sociales inducen consecuencias positivas para el niño y posteriormente para el adulto, resultaran reforzadoras o incluidas en el repertorio interpersonal del sujeto” (Kelly, 2000, p. 32).

Si bien es cierto que cada individuo es diferente, diferentes serán también las conductas que muestre en cada situación. Por lo tanto los reforzadores tienen la función de aumentar las probabilidades de que una conducta se repita y si tales reforzadores no resultan importantes para la persona entonces las habilidades sociales serán deficientes (Kelly, 2000).

Cada vez que un individuo se enfrenta a situaciones nuevas y las relaciona como similares a otras situaciones pasadas y la respuesta le resulto efectiva volverá a aplicar la misma conducta y la ira adaptando a cada nueva situación que se le presente. Con todo lo anterior se puede decir que cuando se intentan conductas que no resultan del todo positivas, sobre todo cuando se están aprendiendo, no se vuelven a presentar y se eliminan del repertorio de conductas (Kelly, 2000).

- Habilidades como resultado de experiencias observacionales.

Casi siempre las situaciones interpersonales se adquieren gracias a la experiencia y gracias a los reforzamientos que moldean la conducta, pero las habilidades generalmente se aprenden por la observación de cómo otra persona maneja situaciones. Para esto Bandura (citado en Kelly, 2000) realizó el aprendizaje observacional denominado modelado este modelo puede tener alguno de estos tres efectos: a) efecto de modelado en donde el sujeto, con base en la observación, emite conductas que antes no hacía, b) efecto de desinhibición según el cual el observador emite más frecuentemente conductas que ya existían y c) efecto de inhibición donde el observador reduce la emisión de conductas que eran frecuentes antes del modelado.

Con la observación se van desarrollando nuevas conductas para manejar situaciones y es así como las habilidades sociales sin la experiencia se van presentando desde la niñez debido a que los adultos son la referencia para el aprendizaje ya que existe la imitación y a medida que el niño crece se aumenta la importancia de otros modelos y no solo los modelos familiares que son los que rodea al niño. Es en la adolescencia cuando se enmarcan más los modelos de las habilidades sociales por la influencia de los pares (Kelly, 2000).

Kelly (2000) mencionó que con estudios que se han realizado, se ha podido determinar que hay más probabilidades de aprendizaje por observación cuando se presentan los factores siguientes (p.34):

1. *Edad del modelo*, se presenta en la infancia y en la adolescencia dando lugar a la imitación de conductas de modelos similares o poco superiores.
 2. *Sexo del modelo*, el observador se deja influir más por los modelos de su mismo sexo.
 3. *Amabilidad del modelo*, los observadores toman más en cuenta a los modelos afectivos que a los que se muestran distantes y fríos.
 4. *Similitud percibida con el observador*, hay más aprendizaje imitativo cuando el observador sabe que hay un parecido.
 5. *Consecuencias observadas de la conducta social del modelo*, cuando el observador percibe que la conducta de su modelo es positiva hay más posibilidad de que se imite la conducta. Ante esto se da el “reforzamiento vicario” ya que el observador ve la consecuencia reforzante obtenida por otra persona.
 6. *La historia de aprendizaje particular del observador respecto de situaciones parecidas a las que observa en el modelo*, el observador ha practicado ya lo que ha aprendido de su modelo y maneja situaciones similares a las que emitía su modelo, obteniendo respuestas similares y si se obtienen recompensas similares se continuara con esas conductas posteriormente.
- Aprendizaje de habilidades y *feedback* interpersonal.

Con la práctica, los individuos son capaces de manejar ciertas conductas sociales logrando desarrollar habilidades como consecuencia de conductas favorables, así si las conductas sociales en una situación dada se refuerzan con resultados positivos se repetirán y se mejoraran aumentando su efectividad a los largo del tiempo.

Dentro de un contexto social “el feedback es la información por medio de la cual la otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta” (Kelly, 2000, p. 379) el feedback puede ser de naturaleza positiva fortaleciendo e incrementando por ejemplo contactos visuales de otra persona, el interés o los movimientos cuando se establece un dialogo. Pero también puede ser de naturaleza negativa en donde se debilitan aspectos de la conducta, como reducir contactos visuales, bostezar o simplemente alejarse de la conversación. El *feedback* es entendido como un reforzamiento social que se presenta durante una interacción entre dos personas (o más), este debe ser directo aportando información específica a la persona a la que va dirigido y se comunica de manera verbal.

- Habilidades y expectativas cognitivas

Según Kelly (2000) las expectativas cognitivas son las creencias o las predicciones que hace una persona para ver la probabilidad de éxito en una determinada situación, que de acuerdo con Rotter estas se desarrollan como resultado de las experiencias en situaciones particulares. Con la experiencia directa, el modelado o el *feedback* una persona puede manejar con efectividad interacciones sociales con altas probabilidades de éxito, si la interacción es significativa y agradable para la persona la repetirá con mayor frecuencia.

Si una persona obtiene éxito en las interacciones, calificara la conducta que ha demostrado como efectiva y le resultara estimulante o desafiante, pero si existen expectativas negativas que se dan como resultado de dificultades para manejar situaciones se manifestaran fracasos cada que se presente una situación particular.

De igual importancia las habilidades sociales según Hidalgo y Abarca (en Prette, 2000) se pueden identificar otros modelos conceptuales que son la asertividad, la percepción social, la cognición y la teoría de los roles, que tratan de explicar el

funcionamiento y la estructura de las habilidades sociales. A continuación se describen las teorías que están involucradas con las habilidades sociales.

- Modelo de asertividad.

Este modelo se debe principalmente a Wolpe quien menciona que estas son las conductas de autoafirmación y expresión de sentimientos. Además de que son el resultado de los estudios derivados de experimentos de laboratorio. Emplea dos vertientes para explicar los déficits de dificultades de desempeño social. La primera de ellas se encuentra en el paradigma de condicionamiento respondiente, “esta perspectiva enfoca el aprendizaje de la ansiedad a través de la asociación del desempeño social con estímulos aversivos y su papel inhibitor en la emisión de las respuestas asertivas [...]” (Prette, 2000, p. 20). La segunda vertiente se enfoca en el condicionamiento operante donde se encuentran las dificultades referidas al desempeño social como consecuencia de un mal control de estímulos en respuestas sociales. En este modelo la persona se comporta de forma no asertiva y por lo tanto no es reforzada o puede ser castigada en desempeños asertivos o recompensada en un comportamiento no asertivo.

- Modelo de percepción social.

Es desarrollado por Argyle (en Prette, 2000) hace referencia a los procesos cognitivos, en donde los individuos tienen capacidades de leer el contexto en el que se encuentre sin tomar en cuenta su comportamiento (verbal y no verbal). Los comportamientos pueden ser aceptados o rechazados dependiendo de la decodificación del mensaje verbal o no verbal así como las normas y valores presentes en el entorno social, además puede haber dificultades interpersonales.

- Modelo cognitivo

En este modelo el desempeño social es mediado por las habilidades aprendidas durante la interacción del individuo con su ambiente social. Esta habilidad sería la capacidad para organizar comportamientos tratando de alcanzar objetivos.

- Modelo de la teoría de los roles.

El comportamiento social depende de la comprensión que se tenga del propio rol y del rol de los otros durante una relación social. El rol propio es desarrollado dentro de un grupo social que tiene sus propios elementos simbólicos presentes en la relación. Este modelo ha servido para a) configurar el carácter situacional de las habilidades sociales, b) identificar problemas vinculados con la fijación de roles y c) examinar factores relacionados con los fenómenos de liderazgo y autoridad.

Se considera que la teoría del Aprendizaje Social es relevante ya que con ello tenemos la certeza de que las habilidades sociales se aprenden a lo largo de la vida pero generalmente durante la infancia los padres modelan conductas para que posteriormente se logre un amplio repertorio de estas, y que además se llevan a cabo en diversas situaciones y que en ocasiones la observación y el modelado hacen que las conductas se adquieran si los reforzadores son positivos. Con lo anterior se considera que en las personas con discapacidad fue necesario recurrir al entrenamiento ya que por factores como la familia y la sociedad la población con la que se realizó la investigación logro desarrollar algunas conductas pero reflejo deficiencias en el desarrollo adecuado de sus necesidades sexuales. Por ello en el siguiente apartado se expondrán algunos problemas que en ocasiones y dependiendo de la discapacidad se pueden presentar en algunas personas con discapacidad para poder evitar comportamientos inadecuados con los participantes de la investigación.

Problemas de habilidades sociales que presentan las personas con discapacidad

Las habilidades sociales son un aspecto muy importante dentro de nuestra vida ya que estas habilidades se utilizan dentro de todos nuestros ámbitos como el escolar, familiar, laboral, interpersonal y en todas las situaciones con las que estamos día a día, ya que a veces durante el desarrollo del individuo las habilidades que se adquieren o que no se llevan a cabo nunca resultan insatisfactorias es por ello que a continuación se describen algunos de los principales problemas que presentan las personas con discapacidad.

Constantemente las personas “normales” están en interacción es por ello que las habilidades sociales son una herramienta que facilita poder entablar relaciones eficientes con los demás, sin embargo, algunas personas con discapacidad, se les dificulta adquirir habilidades por ejemplo los profesionales en el campo de la salud mental ven a sus pacientes como personas que requieren de hospitalización o terapias que les ayuden a corregir sus trastornos con terapias, pero no toman en cuenta que estas terapias debían estar centradas no solo en corregir conductas desadaptadas sino en enseñar habilidades que resulten eficiente (Kelly, 2000).

Debido a que la conducta interpersonal es un gran problema especialmente para los pacientes psiquiátricos crónicos o retrasos mentales es necesario modificar las conductas que les resultan inadecuadas o ineficientes y que podría resolverse con una terapia que sirviera para modificar o entrenar aquellas habilidades sociales. Estos pacientes esquizofrénicos a menudo presentan deficiencias sociales como “falta de responsividad ante los demás, evitación, reacciones emocionales inadecuadas, y presencia de unos ‘toques’ en el aspecto interpersonal que los demás encuentran idiosincrásicos, peculiares o raros” (Kelly 2000, p. 18). Tal como lo menciona Bellack y Hersen (Citado en Kelly, 2000), no queda claro si es que los pacientes con esquizofrenia adquieren habilidades eficientes antes de una hospitalización o simplemente no las adquieren en ningún momento de su desarrollo. Asimismo, las personas que sufren de esquizofrenia crónica no logran entablar relaciones eficaces con su comunidad.

También las personas con retraso mental a menudo suelen demostrar que carecen de habilidades sociales. Por lo tanto Kelly (2000) sostiene que si fuese posible enseñar a los que presentan retraso sería más fácil su integración con su comunidad logrando así, una aceptación por parte de los individuos normales. De esta forma al llevar a cabo un entrenamiento de habilidades con dicha población se lograría reducir las conductas que indicaran el grado de retaso mental, ayudándole a la persona a desarrollar relaciones eficientes.

Así pues, puede ser que una persona nunca adquiera habilidades o las adquiera de forma inadecuada en las situaciones que se le presentan, por ello la persona no

dispone de habilidades conductuales que sean propias del momento o situación en que se encuentra, ello explica que los pacientes institucionalizados muestren ineffectividad conductual y deterioro social permanente. Entonces un paciente que haya permanecido hospitalizado con antecedentes de trastornos psiquiátricos y que presente notables déficits en cuanto a sus habilidades sociales tendrá pocas probabilidades de establecer relaciones sociales adecuadas con su comunidad. Por ejemplo las personas que carecen de las habilidades, que estuvieron institucionalizadas y no tuvieron conversaciones cotidianas pueden verse evitadas por los demás y que prefieran el aislamiento teniendo pocas oportunidades de aprendizaje de habilidades efectivas, teniendo como resultado una continua falta de habilidades (Kelly, 2000).

Por tanto menciona Kelly (2000), si se lograra realizar una intervención que ayudara a romper el ciclo de falta de habilidades se podría incrementar la conducta positiva del individuo, generando en ellos resultados satisfactorios en situaciones sociales que requieran de las habilidades eficaces corrigiendo así las conductas inadecuadas, de tal modo que cuando el individuo aprende y practica las habilidades en una terapia o en un entrenamiento lograra corregir las conductas que le resultaban problemáticas y podrá manejar las situaciones a las que se enfrenta.

En el caso de los niños autistas y otros niños que padecen algún retardo muestran demasiadas carencias de responder en las situaciones interpersonales, a diferencia de los demás niños, ya que solo tienen orientaciones hacia formas primarias de reforzamiento (necesidades biológicas) dejando a un lado formas secundarias (sociales). Así se puede explicar que por eso existe un deficiente desarrollo de habilidades sociales en estos niños, debido a que muchas de las habilidades no resultan reforzadoras y de importancia para ellos (Kelly, 2000).

No obstante, cuando las personas institucionalizadas como “los retardados” (término utilizado por el autor), los niños y adultos con desordenes emocionales muestran ausencia de modelos de habilidades sociales por que dentro de un confinamiento institucional hay muy pocas personas que presentan habilidades adaptativas fuera de ambientes no institucionales; “de hecho, las conductas sociales modeladas en el

ámbito residencial pueden resultar desadaptativas fuera de él” (Kelly, 2000, p. 36). Entonces la mayor parte del personal especializado que trabaja en hospitales psiquiátricos conocen los bajos niveles de interacción que muestran los pacientes. Por ello la falta de modelos de aprendizajes observacionales de las personas con alguna discapacidad traen como consecuencia pocas posibilidades de que aprendan por observación conductas adaptativas apropiadas para cada una de las situaciones.

Otro autor importante que cabe la pena señalar es Sullivan (citado en Gil y León, 1998) que “sugirió que las *enfermedades mentales* eran, ante todo, perturbaciones de la conducta social” (p. 17). Este y otros especialistas mencionan que los déficits en las habilidades sociales pueden reducir desajustes psicológicos por que no los consideran como una consecuencia o síntoma de la patología. De este modo se pueden retomar las ideas de Phillips (en Gil y León, 1998) que en sus investigaciones de competencia social y esquizofrenia pudo concluir que cuando existe falta de habilidades sociales, el déficit más característico en todo tipo de trastorno psicológico, hace que la persona emplee habilidades desadaptativas para resolver problemas y conflictos que son, generalmente, de carácter social.

En el caso de los pacientes que muestran esquizofrenia y que tienen como síntomas característicos alucinaciones, ideas delirantes, habla desorganizada, conducta católica, pobreza en el pensamiento, embotamiento afectivo, entre otros requieren de un tratamiento farmacéutico y al igual que las demás personas que presentan falta de habilidades sociales tiene problemas para relacionarse con los demás ya que muestran una carencia de competencia interpersonal y que con el entrenamiento de dichas habilidades se podrían rectificar los problemas presentados, ya que el déficit social masivo que presentan los esquizofrénicos afecta sus relaciones interpersonales y afectivas así como sus comportamientos, generando en ellos retraimiento social y distanciamiento emocional.

De igual manera los deficientes visuales y los ciegos presentan serios problemas en los cuales se pretende que con un entrenamiento de habilidades sociales se logre evitar el aislamiento social y se pueda facilitar su integración ayudándoles a disfrutar de bienestar social proporcionándoles las herramientas necesarias para manejar

situaciones conflictivas. Este tipo de población tiene pocos contactos sociales y pocas posibilidades de adquirir, mantener o practicar habilidades interpersonales. Esto da como resultado una actitud negativa por parte de la sociedad, de los padres, la familia y los amigos, que cuando se logra la consecución de un pequeño logro los refuerzan con respuestas pasivas, ya que para las personas cercanas a los débiles visuales o ciegos los ven como dependientes o indefensos evitando que por ellos mismos puedan tener un control sobre su medio y brindándoles la posibilidad de que adquieran habilidades asertivas.

El que una persona pueda aumentar sus competencias sociales, elevará al mismo tiempo su autoestima y su autoconfianza facilitándole un buen manejo de situaciones sociales conflictivas, eliminando el aislamiento y el desajuste.

El hecho de que las personas carezcan de habilidades sociales da lugar a que los pacientes con frecuencia sean percibidos como amenazantes o raros complicando su proceso de relación y dándole cabida al aislamiento y favoreciendo el estigmatismo. El establecer relaciones interpersonales es un factor clave para un mantenimiento exitoso además de que se logra la integración y la adaptación social.

Tal como lo menciona Gresham (citado en Gil y León, 1998), es importante mantener un estatus de igualdad entre los discapacitados, mejorando sus habilidades interpersonales, y los no discapacitados tratando de modificar sus comportamientos y actitudes. Por ello Gresham dice:

El hecho de que los niños con hándicaps interactúen menos y sean poco aceptados por sus pares sin hándicaps requiere la necesidad de que estos niños especiales sean entrenados en habilidades sociales para incrementar sus interacciones positivas, hacer decrecer sus interacciones sociales negativas y mejorar su aceptación social por parte de los pares sin deficiencias. Que los niños con deficiencias acudan a clases regulares sin proveerlos de habilidades sociales que son críticas para poder ser aceptados por sus pares, puede dar como resultado un incremento del aislamiento social por encontrarse con un medio restrictivo (Citado en Gil y León 1998, p. 135).

En el caso de los niños con minusvalías físicas y/o psíquicas o niños diferentes menciona Gil y León (1998) que son los más propensos a ser rechazados o a no ser aceptados e integrados en el grupo-clase lo que les puede llevar a un aislamiento o a

tener comportamientos agresivos. Por esta razón sería importante desarrollar en estos niños habilidades que les sean favorables en todo su desarrollo con programas que incrementen la interacción con su medio.

Con todo lo anterior se concluye que las personas que presentan alguna discapacidad, no en todos los casos, tienen problemas para poder relacionarse con los demás, debido a que su aprendizaje no es igual y esto trae consigo a su vez, que estas personas constantemente tengan problemas en todos sus ámbitos y en sus actividades de la vida cotidiana.

Por lo tanto se puede decir que algunas personas con discapacidad muestran dificultades para relacionarse socialmente por la falta de habilidades sociales y por tal motivo sus conductas son de aislamiento y desconfianza de sí mismos. Sin embargo con ayuda de un entrenamiento se lograría incrementar interacciones positivas. En el siguiente apartado se hace referencia algunos programas de habilidades sociales llevados a cabo con diversas poblaciones con la finalidad de mejorar o modificar la conducta y que han tenido como objetivo principal la integración a la sociedad de forma satisfactoria.

Programas desarrollados sobre habilidades sociales

Gil y León (1998) realizaron una breve descripción acerca de programas de integración social en personas, en donde destaca el entrenamiento de habilidades sociales, modificación de conducta, los programas de orientación al trabajo, la rehabilitación psicosocial, teniendo como objetivos generales los siguientes:

- Aumentar la competencia social
- Mejorar sus relaciones familiares
- Desarrollar conductas de afrontamiento
- Solucionar problemas interpersonales
- Educar su afectividad
- Facilitar el reajuste psicosocial
- Prevenir desajustes sociales y emocionales
- Evitar el aislamiento social

El logro de estos objetivos se estableció para establecer un estatus de relaciones igualitarias y de respeto entre los sujetos con discapacidad y sin discapacidad con

herramientas para manejar las situaciones sociales conflictivas y desequilibradoras, promoviendo conductas sanas y previniendo el desajuste y el aislamiento social.

De igual importancia, Roth (1986) enfocó el entrenamiento de habilidades sociales aplicado a diferentes poblaciones, por ejemplo, a personas que presentan discapacidad física, influenciado por ideas de Morgan y Leung mencionaron que la ventaja de trabajar las habilidades sociales radicaban en que dichos sujetos mejoran sus relaciones interpersonales, por consiguiente su autoconcepto y las expectativas de acción potencial. Además de lo anterior, el autor agregó un estudio llevado a cabo por Mishel en donde describió la condición social que vivían estas personas, pues a menudo “el individuo es susceptible de reacciones sociales negativas, que van desde la lástima indiscriminada y comedida” (Roth, 1986 p. 42), dadas estas condiciones resalto que el entrenamiento de habilidades sociales lograba su competencia social y contrarrestaba las condiciones anteriores.

En párrafos anteriores se ha manifestado la relevancia que tiene el desarrollo de habilidades sociales en personas con discapacidad física; del mismo modo es importante hacer mención de los intentos por mejorar condiciones para personas con otro tipo de discapacidad, como la intelectual. Estudios hechos por Matson y Earnhart (citado en Roth, 1986) desarrollaron dos paquetes instruccionales para entrenar conductas prosociales en mujeres con retardo mental, estos paquetes estaban basados en el aprendizaje social, que encierran diversas acciones como: el moldeamiento, juego de roles automonitoreo, retroalimentación y reforzamiento.

Siguiendo con lo anterior se ha dado a notar los esfuerzos por cambiar el desarrollo en cuanto a habilidades sociales, a continuación se abordarán de forma superficial algunos otros programas sobre el desarrollo de estas, como el programa de habilidades sociales en la infancia desarrollado por Michelson, Wood y Kazdin (citado en Pérez, 2000), el cual tiene como objetivo principal enseñar y mejorar las habilidades interpersonales y de comunicación, de tal forma que el niño sepa participar competente y eficazmente en las interacciones humanas, es un programa dirigido al profesional que le consigna aplicar las actividades a la población, también consta de instrumentos de evaluación como escalas de observación, test de *role-*

playing, guión conductual, escalas de comportamiento, cuestionarios psicométricos y autoinforme y entre los contenidos del programa contempla los siguientes (Pérez, 2000):

1. Hacer cumplidos
2. Formular quejas
3. Dar una negativa o decir no.
4. Pedir favores.
5. Preguntar por qué.
6. Solicitar cambio de conducta.
7. Defender los propios derechos.
8. Conversaciones.
9. Empatía
10. Habilidades sociales no verbales
11. Interacciones con estatus diferentes.
12. Interacciones con el sexo opuesto
13. Tomar decisiones.
14. Interacciones de grupo.
15. Afrontar los conflictos. Resolución (p. 156).

El programa de entrenamiento de habilidades sociales en niños, desarrollado por Kelly, en 1987, tiene el objetivo de aumentar la felicidad, la autoestima e integración en el grupo del niño, está constituido por acciones como el saludo, las iniciaciones sociales, hacer preguntas y responder, elogiar, la proximidad y orientación (convivir o tener buenas relaciones en situaciones de juego, atender o mirar al otro), participar en tareas o juegos, implementar la cooperación o el compartir y la responsividad afectiva, que engloba las caricias afectuosas, las sonrisas, las risas, etc. (Pérez, 2000).

El programa de reforzamiento de las habilidades sociales, autoestima y solución de problemas, desarrollado por Valles Arandiga es un programa que tiene contenidos actitudinales para mejorar la comunicación de niños de entre 8 y 16 años de edad, está dirigido a los alumnos que presentan algunas conductas problemáticas o cuando presentan dificultades, que se pueden solucionar grupalmente. El programa puede funcionar también como preventivo (Pérez, 2000).

Con lo anterior se considera que aplicar programas de habilidades sociales mejora la calidad de vida de las personas con discapacidad, ya que se logran relacionar con los demás de forma igualitaria y al adquirir habilidades sociales se da lugar a resolver conflictos de forma adecuada y poder participar de manera eficaz con la sociedad. En el siguiente capítulo relacionado con la sexualidad de las personas con discapacidad se expondrá la definición de educación sexual, el desarrollo sexual de las personas con discapacidad, la importancia de la educación sexual en personas con discapacidad, las problemáticas de la sexualidad en las personas con discapacidad y el contenido del programa de habilidades sociales para identificar los antecedentes teóricos eliminando con ello, ideas negativas en cuanto a las necesidades sexuales de las personas con discapacidad y para tener una visión amplia de las características de la población con las cuales se llevó a cabo la investigación.

SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Dentro de este capítulo se presentará el comportamiento sexual de las personas con discapacidad, en donde describe que las necesidades sexuales son como las de cualquier ser humano, presentan las mismas etapas pero con algunas particularidades, de igual modo se presentan las problemáticas a las que se enfrentan las personas con discapacidad, estas van desde los mitos creados por la sociedad y el grado de discapacidad que presentan, posteriormente se describirá el significado de la educación sexual y la importancia de esta en las personas con discapacidad.

Definición de educación sexual

De acuerdo con Barragán y Bredy (1993) la educación sexual es entendida como un proceso que se da de forma lenta, gradual y compleja con lo cual a lo largo del tiempo se va construyendo una noción de sexualidad que ayuda a comprender los procesos culturales que dan lugar a los conocimientos y la organización sexual actuales. Por tal motivo consideramos que es importante brindar a las personas con discapacidad los conocimientos de sexualidad con ayuda de habilidades sociales que les permitan tener actitudes socialmente aceptables.

Asimismo Katz (2002) refiere que la educación sexual, como un hecho que abarca aspectos importantes para el ser humano como son: la amistad, el noviazgo, el matrimonio, la paternidad y todo lo referente a las relaciones sexuales como son las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos y los métodos anticonceptivos o de planificación familiar. Además de esto, menciona que la sexualidad de los seres humanos se da desde el nacimiento y que a través de los medios de comunicación como el cine, la radio o la televisión se recibe gran cantidad de información sexual. Tampoco se debe dejar de lado que la sexualidad no solo es el coito entre dos personas sino que abarca también relaciones interpersonales tanto de hombres como mujeres.

Gallardo y Salvador (1994), afirman que la educación sexual es una dualidad entre actitudes e información, pues no sólo deben de ser aspectos teóricos y técnicos, sino que son actitudes, modelos y vivencias, se debe proporcionar con los cuidados y la

formación de la personalidad, ya que la sexualidad está integrada en el ser social. Además sugieren eliminar todo tipo de mitos, miedos y tabúes, y dedicarle espacio a los sentimientos y desarrollo de las habilidades sociales.

La educación sexual debe ser proporcionada a las personas con discapacidad, considerando los mismos criterios que se proponen para todas las personas en general: información y conocimientos adecuados a la capacidad de comprensión de cada uno; respuestas pertinentes a todas las preguntas siempre en términos de verdad; utilización de las ocasiones que se presenten espontáneamente en la vida cotidiana (Baldaro, et. al, 1992).

La educación sexual debe comenzar desde la infancia en las personas con discapacidad, porque pasa a través del conocimiento de su propio cuerpo, además que va acompañada de una educación para la vida de relación con los demás (habilidades sociales), para el respeto de las demás personas, de su intimidad y de su cuerpo (Piaggio, Espinardi y Mendencia, en Santucci, 2005).

Con lo anterior se afirma que la sexualidad forma parte de la vida cotidiana de los seres humanos durante todo el desarrollo y teniendo una orientación sexual desde la infancia se pueden mantener relaciones interpersonales que duren para toda la vida y en el caso de las personas con discapacidad se deben eliminar mitos y prejuicios para que logren una vida plena y se puedan desarrollar al máximo como las demás personas. En el apartado siguiente quedara argumentado que la sexualidad en las personas con discapacidad se desarrolla al igual que en todos los seres humanos pero con particularidades, ya que como se ha mencionado a lo largo de la investigación, hay factores que se presentan de diferente forma en las personas con discapacidad ya sea el medio social, familiar, escolar o laboral y que influyen a la hora de tener comportamientos positivos o negativos.

Desarrollo sexual de las personas con discapacidad

Núñez (2007) menciona que “la persona con discapacidad [es] un ser sexuado desde que nace hasta que muere, como cualquier otro, y que tiene derecho a vivir su

sexualidad con relación a su condición y a sus posibilidades” (p. 156), de este modo la persona con discapacidad puede vivir su sexualidad como todos los demás evitando los prejuicios y mitos en torno a este tema.

El desarrollo de la sexualidad en las personas con discapacidad no difiere del resto de las personas, sin embargo a la hora de controlar y conducir esa respuesta dentro de las normas culturalmente establecidas es cuando la persona con discapacidad se encuentra incompetente, solo en algunos casos, dependiendo de la discapacidad o la severidad de esta, ya que en ocasiones el aprendizaje y la interpretación de estímulos de índole sexual serán los que provoquen errores de comportamiento (Insa, 2005). A continuación se presentarán las características que presentan las personas con deficiencia mental, desarrollado por Gómez (en Insa, 2005).

De los cero a los seis años, el ambiente familiar es importante para un adecuado desarrollo del niño pues es donde se da el primer encuentro de la comunicación y de contacto, esto ayudara a una mejor adaptación y socialización más adelante, hay que tomar en cuenta que la evolución psicosexual no difiere del resto de las personas.

De los dos a los seis años el niño comienza a adquirir su identidad sexual, el niño va desarrollando y expresando el rol que la sociedad exige de acuerdo a su identidad sexual, en las personas con discapacidad mental, este proceso puede ser más lento, pero las etapas parecen ser las mismas. De los seis a los diez años no ocurren hechos especiales, solo es la continuidad de los anteriores.

De los doce a los dieciséis años, es el periodo de adolescencia, en donde se presentan cambios corporales, se reafirma la identidad sexual de modo definitivo, comienzan a aparecer las primeras expresiones de autoerotismo como comportamiento sexual del adolescente, dichos cambios no difieren de las personas con discapacidad, se presentan durante su desarrollo, sin embargo la manera de llevarlos a cabo y el grado de deficiencia, personalizan la etapa.

Asimismo Núñez (2007) menciona que existe una resistencia de los padres, de la sociedad y de la misma persona con discapacidad para aceptar el proceso de crecimiento que se va produciendo durante la adolescencia. En donde además

existen temores por parte de los padres ya que creen que al llegar la adolescencia ven a sus hijos como inexpertos e inseguros y que por lo tanto no pueden alejarse de su familia olvidándose, los padres, de sus necesidades de sexualidad de las personas con discapacidad. Asimismo Núñez (2007) menciona que existe un vínculo de padres con sus hijos con discapacidad en donde, desde la etapa de la niñez hasta la adolescencia existe una sobreprotección. Y cuando en la etapa de la adolescencia se presentan las manifestaciones de sexualidad los padres viven con temores a la violación o al embarazo.

También los padres, cuando sus hijos llegan a la adolescencia, no saben cómo reaccionar, ya que la etapa de la adolescencia la toma por sorpresa porque existe una resistencia al pensar que sus hijos con discapacidad dejan de ser niños y viven con la fantasía de que no existirán transformaciones ni físicas o psicológicas en las personas con discapacidad. Es en la etapa de la adolescencia donde los padres se formulan diversas preguntas tales como ¿podrá formar pareja? ¿Conseguirá algún trabajo? ¿Podrá ser independiente? etc. y en ese momento se generan temores, angustias, inquietudes, culpas o desorientación y los padres al no poder resolver esas dudas le dan sobreprotección a su hijo con discapacidad y extreman cuidados con ellos y por lo anterior se genera una dependencia por parte de los hijos haciendo que se queden en la niñez lo cual a la familia le genera tranquilidad ya que no le dan las herramientas para que sus hijos con discapacidad puedan lograr una vida plena, autónoma y con responsabilidad (Núñez 2007).

Por otro lado las personas con discapacidad durante la adolescencia muestran temores por la discriminación e incompreensión de la sociedad, ya que generalmente la sociedad solo califica el valor estético, el atractivo físico y surge entonces el miedo al rechazo, a la crítica, a la burla o las expresiones de lastima hacia las personas con discapacidad. Sin embargo la falta de información por parte de la sociedad hace que se generen mitos acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad y no toman en cuenta que es en la pubertad, ya sea de las personas con discapacidad o sin discapacidad, donde se generan cambios hormonales, así como sensaciones y diversas percepciones de sí mismo como de su entorno. De este modo como

menciona Núñez (2007) “la sexualidad de la persona con discapacidad, como la de cualquier otra, no nace con la adolescencia, sino que tiene su origen desde el mismo momento del nacimiento como modalidad de relación con otro” (p. 154).

De los dieciséis años en adelante, la sexualidad se hace adulta, aparece el deseo sexual, el comportamiento se mediatiza por el grado cognitivo, psicológico y afectivo, cabe destacar que habrá personas con mayor o menos necesidad sexual, con mayor o menor expresión sexual, al igual que el resto de las personas. En esta etapa todos buscan la satisfacción con otras personas, pero en la mayoría de los casos este desarrollo se verá truncado por el entorno, ya que las personas con discapacidad a menudo se les cree niños eternos y se les sobreprotege.

El comportamiento sexual de una persona con discapacidad (persona con deficiencia mental) no difiere del de una persona con inteligencia normal, pero tiene sus particularidades, pues se presentan en diferentes edades o pueden permanecer en alguna de las etapas (Schorn, 2003).

Con lo anterior se afirma que la sexualidad de las personas con discapacidad se presenta de igual forma ya que las etapas suelen ser las mismas, pero todo va depender del tipo de discapacidad y grado que tenga la persona con discapacidad. La siguiente tabla muestra la similitud del comportamiento de las personas que tiene discapacidad y las que no la tienen, esto con la finalidad de identificar claramente los procesos por los que suelen pasar. Además de identificar que en ambos casos pasan por las mismas etapas evolutivas del desarrollo

Tabla 3. Similitud de comportamientos sexuales de personas con y sin discapacidad.

Persona con inteligencia normal	Persona con discapacidad
Un bebé experimenta mucho placer al mamar, al chupar sus dedos, sus sabanas o juguetes	Aunque sea adolescente o adulto, disfrutan y experimentan intenso placer en estas actividades, igual que un niño de un año "normal"
Un infante de 2 o 3 años es normal que cada que juegue toque sus genitales.	En algunas ocasiones las personas con discapacidad, tocan sus genitales, no por ello son perversos, solo están en una etapa evolutiva inapropiada
Al inicio de la pubertad hay cambios hormonales y corporales, empieza a existir un gusto por el sexo opuesto, hacen unos de la masturbación	El desarrollo del adolescente con discapacidad, es parecida a la de los adolescentes normales, pues ellos también pasan por etapas de enamoramientos, también hacen uso de la masturbación algunos sin inhibiciones.

Además se debe tomar en cuenta que las personas con discapacidad tienen dificultades para controlar sus impulsos lo cual hace que lleven a cabo manifestaciones de conductas inapropiadas respecto a la sexualidad, hecho que se demuestra desde la infancia hasta la pubertad en donde el manejo de su conducta y sus diferentes expresiones de sexualidad hacen que la mayoría de sus conductas resulten aberrantes a los ojos de la sociedad. Sin embargo las personas con discapacidad generalmente carecen de sentimientos afectivos que la misma sociedad le impone y esto, sumado con sus limitaciones intelectuales, hacen que se vuelvan presa fácil de abuso sexual porque además no se les brinda orientación en temas de sexualidad desde la infancia y por ello no logran aprender a controlar sus impulsos sexuales, aspecto que resalta la falta de información de la sociedad al no comprender que las personas con discapacidad son capaces de vivir plenamente sus sexualidad y vivir en pareja (Katz, 2002).

Piaggio, Espinardi y Mendieta, en Santucci (2005) también hablaron sobre el comportamiento sexual, si bien es cierto que el desarrollo sexual de las personas con discapacidad es igual y sigue los mismos patrones típicos del resto de las personas y

se ha considerado erróneamente a este comportamiento como anormal o desajustado, puede ser justificado por varias razones como no aprendió a modelar su impulso natural, porque su impedimento limitó al aprendizaje correcto de este comportamiento o porque nadie se ha ocupado de enseñar el comportamiento aceptable a la persona con discapacidad.

Siguiendo a las mismas autoras correlacionaron el desarrollo sexual de las personas con discapacidad (discapacidad mental) dependiendo de su grado, a la siguiente explicación se agregarán los alcances y limitaciones que pueden dar en la educación sexual (López, en Insa, 2005):

- Retraso mental leve: las etapas evolutivas del desarrollo psicosexual son atravesadas con menores dificultades y como su capacidad intelectual alcanza niveles superiores de desarrollo pueden por lo tanto acceder a la comprensión y toma de conciencia de sus posibilidades sexuales y así pueden manifestarse con la intencionalidad propia de la sexualidad adolescente. En el desarrollo de la educación sexual pueden aprender los contenidos básicos de la educación sexual y llegar a protegerse de las prácticas de riesgo. Por otro lado tienen más limitaciones en estos aprendizajes ya que les cuesta más generalizarlos, planificar en un futuro, etc.
- Retraso mental moderado: no buscan por su propia iniciativa una relación heterosexual y por lo tanto no acceder a una vida reproductiva con conciencia de lo que significa, salvo que sean víctimas de abusos sexuales o adiestrados en actividad genital. En la educación sexual tienen que aprender conductas aceptables, como el autoerotismo en privado, controlar sus deseos y a respetar a los demás haciéndose respetar.
- Retraso mental profundo: esta población no tiene las posibilidades de acceder a una relación heterosexual por propia decisión y acceder a una vida reproductiva, salvo que sean víctimas de abuso sexual. En la educación sexual es importante la participación de los padres, educadores y de la sociedad, es fundamental que estén protegidos y sean queridos, acariciados afectivamente y cuidados.

Se considera que las personas con discapacidad pueden llevar una vida normal, siempre y cuando se les brinde la información y ayuda para que sean capaces de satisfacer sus necesidades sexuales, de este modo como menciono anteriormente existen varias razones por las cuales generalmente el desarrollo sexual de las personas con discapacidad se ve afectado. Sin embargo en el apartado siguiente se expondrá él porqué es importante que se desarrolle adecuadamente la sexualidad en las personas con discapacidad y brindarle a la población con la cual se llevó a cabo la investigación habilidades y conocimientos de sexualidad para su vida plena.

Importancia de la educación sexual en personas con discapacidad

Las personas con discapacidad, según Katz (2002) “pueden manifestar su sexualidad de acuerdo con las reglas sociales” (p.557). Por ello es importante que se lleve a cabo un programa de educación y orientación sexual ya que la sociedad se rige por normas y reglas que todos los individuos deben respetar porque de acuerdo con lo socialmente aceptable existen conductas sexuales:

- Ofensivas
- Las que se deben manifestar en privado
- Las que son públicamente aceptadas

Por lo anterior, se tiene la falsa creencia de que las personas con discapacidad no pueden gozar plenamente de su sexualidad dado que se piensa que las personas con deficiencia mental son anormales y por tanto no pueden disfrutar de la sexualidad. Sin embargo tener una discapacidad física o intelectual no interfiere con las necesidades de sexualidad. Pero muchas de las veces la sociedad las rechaza haciendo que su autoestima se vea afectada (Katz, 2002).

Normalmente a las personas que presentan alguna discapacidad se suele tenerlas en lugares cerrados ya sea en instituciones o en casas sin la posibilidad de relacionarse e integrarse a la sociedad con la falsa idea de que se les debe proteger y en algunos casos con el pensamiento equivocado de mantenerlos ocupados, sin darles la oportunidad de que sean capaces de vivir de manera autónoma y ser autosuficientes. Por ello es importante recalcar que se deben brindar las habilidades

sociales que le ayuden a las personas con discapacidad a actuar ante la sociedad de forma efectiva (Katz, 2002).

Las personas con discapacidad inician su sexualidad desde que nacen, al igual que las personas “normales”, pero cuando aparece la pubertad se vuelve una situación difícil ya que la edad mental de estos sujetos es equivalente a la de un niño lo que provoca un gran conflicto para sus padres y para ellos mismos (Katz, 2002). Asimismo para que las personas con discapacidad puedan ser integradas a la sociedad es necesario que desarrollen conductas y actitudes adecuadas en todas las áreas de interacción como lo social, lo familiar, lo escolar y lo laboral sin dejar de lado un aspecto primordial, la sexualidad, para que logre con éxito el desarrollo pleno de su vida.

Generalmente se piensa que las personas con discapacidad no son capaces de tener necesidades sexuales, sin embargo, tal como lo menciona Katz (2002) “las necesidades de las personas con deficiencia mental no fueron tomadas en cuenta al identificarlos como sujetos incapaces de expresar un desarrollo sexual correcto y con responsabilidad” (p. 529) pero actualmente se reconoce la idea de que las personas con discapacidad tienen la capacidad para expresar adecuadamente su sexualidad con respeto y aceptando las normas que rigen a la sociedad. Para que la expresión de su sexualidad se lleve de forma correcta es necesario que a las personas con discapacidad se les brinde orientación sexual tomando en cuenta su nivel de desarrollo, sus limitaciones intelectuales y las conductas de autosuficiencia que adquirieron durante la infancia.

Las personas con deficiencia mental cuando se encuentran en la etapa de la adolescencia, a diferencia de las personas que no tienen discapacidad, no se preocupan por el desarrollo de su cuerpo sino que ven al hombre y a la mujer por su apariencia, es decir por su imagen, pero no por los cambios físicos que se presentan en dicha etapa.

De este modo de acuerdo con Katz (2002) es necesario llevar a cabo programas de orientación sexual desde la infancia (aunque muchos adultos, padres o maestros consideran que son pequeños y no saben lo que hacen) y con el paso del tiempo ir reforzándolo en la adolescencia y la adultez, los conocimientos que se adquieran, ya que es en la infancia donde se les puede concientizar en primer lugar de las conductas públicas y las privadas lo cual resultara no ofensivo para la sociedad y durante la adolescencia se podrán abarcar áreas básica de sexualidad hasta llegar a la adultez en donde se reforzara el sentido de la responsabilidad en la sexualidad.

Por otro lado, cabe destacar que muchas personas con discapacidad son víctimas de rechazo tanto de sus padres, pero cuando se le integra a un grupo de pertenencia se les da la oportunidad de establecer relaciones afectivas con personas iguales y que por lo tanto se sienten tomados en cuenta. Asimismo las personas con discapacidad necesitan ser respetados y aceptados por su grupo de pertenencia para ser felices y para incrementar su autoestima, dado que la sociedad en general los rechaza (Katz, 2002).

Por todo lo anterior es importante mencionar que se debe aplicar un programa de orientación sexual a las personas con discapacidad y sus familias ya que esto permitirá el desarrollo de habilidades aceptadas socialmente dentro de su comunidad dándoles la oportunidad de que sean seres integrados y productivos. Además se debe tener en cuenta que la sexualidad es parte de la vida cotidiana para todos los seres humanos, por ello los programas al ser aplicados con personas con discapacidad, resultan de gran ayuda para toda la sociedad que generalmente reprime a las personas con discapacidad teniendo la creencia de que no deben expresar su sexualidad por su deficiencia mental.

Como ya se mencionó en este apartado es importante tener en cuenta que la discapacidad no es un limitante para desarrollar la sexualidad en las personas con discapacidad, sólo se debe llevar acabo con estándares adecuados y aceptados por la sociedad, por tal motivo resulta importante hacer un entrenamiento de habilidades relacionados con la sexualidad para lograr integrar a las personas con discapacidad a la sociedad, por que como se presentara en el siguiente apartado existen varios

problemas relacionados con la sexualidad que imposibilitan a una persona con discapacidad para tener una vida lo más normal posible.

Problemáticas de la sexualidad en las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad a menudo se ven en dificultades para vivir una sexualidad normalizada. Estas limitantes puede que se manifiesten por los mitos sociales que existen o el mismo grado de discapacidad, en primer lugar las personas con discapacidad tienen dificultades para acceder a contextos de interacción social normalizados, pues a menudo su desarrollo se establece solo en el contexto social, en un centro de educación especial, espacios en donde hay mucho control. Dentro del núcleo familiar se da un sobreprotección, en especial con las conductas sexuales que consideran peligrosas (López, en Insa, 2005).

Los mitos son un aspecto limitante de las personas con discapacidad, respecto a la sexualidad se ha llegado a pensar, en la sociedad, que las personas con discapacidad no tienen sexualidad, que no tienen derecho a tenerla y a ejercerla, otra idea errónea respecto al sexo, es que hay perspectivas como las personas con discapacidad no están interesados en el sexo o que no son capaces de realizarlo, o se ve a las personas con discapacidad que tienen un interés exagerado sobre el sexo y un comportamiento sin inhibiciones (Piaggio, Espinardi y Mendieta, en Santucci, 2005).

De igual manera López (en Insa, 2005) menciona que hay ideas infundadas sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, solo por aludir algunas de estas creencias, menciona los siguientes mitos sobre la sexualidad:

- Las personas con discapacidad son asexuadas.
- Las personas con discapacidad son como niños, se mantienen en la niñez hablado también sexualmente.
- Las personas con discapacidad no resultan atractivas para otras personas.
- Las personas con discapacidad tienen los mismos intereses sexuales.
- Las personas con discapacidad no pueden casarse, ni tener pareja.
- La intervención en educación sexual, despierta su sexualidad dormida.

En consecuencia de lo anterior, la persona con discapacidad se encuentra aún más endeble a la desigualdad en la sociedad, para erradicar el problema relacionado con su sexualidad es conveniente evitar actitudes sobreprotectoras, ofrecerles experiencias y una amplia educación sexual (Insa, 2005).

Existen múltiples limitantes respecto a la sexualidad en las personas con discapacidad por ejemplo como lo menciona Katz (2002) “es común encontrar en las personas con deficiencia mental carencias afectivas importantes, las cuales podrían tratar de compensar a través de experiencias sexuales, pretendiendo solamente obtener afecto” (p. 546). Así mismo dado que la actividad sexual genera sensaciones de placer las personas con discapacidad pueden acceder y participar fácilmente en actividades de tipo sexual ya que su madurez y responsabilidad no alcanza el nivel necesario para tomar una decisión correcta trayendo como consecuencia conductas sexuales inadecuadas no solo para ellos sino para la sociedad.

Otro problema que menciona Katz (2002) es cuando las personas con discapacidad se involucran con personas de su mismo sexo, ya que muchas situaciones tales como: carencia afectiva, búsqueda del placer sexual y la negación de la sexualidad por parte de los padres hacen que en las personas con deficiencia mental esta conducta solo sea resultado de las situaciones antes mencionadas. Por tal motivo el que se involucren personas con discapacidad con alguien de su mismo sexo no quiere decir que sus preferencias sexuales sean resultado de su incapacidad sino solo es la necesidad de la satisfacción sexual.

También es cierto que las personas con discapacidad pueden casarse y vivir en pareja pero de acuerdo con Katz (2002) las personas “por su limitación intelectual, existe en la pareja un mayor riesgo de embarazo” (p. 552) lo cual implica problemas emocionales de ellos y sus familias.

Otro aspecto importante que cabe señalar es el problema respecto al matrimonio y la paternidad ya que las personas con discapacidad pueden vivir plenamente su sexualidad y compartir con su pareja inquietudes, alegrías entre otras cosas. Sin embargo en México no existen subsidios económicos para ayudar a las personas con

discapacidad y si además sus familias no los apoyan se rompe el equilibrio de la relación ya que la mayoría de las personas con discapacidad no son admitidas en empleos y esto genera problemas económicos con lo cual no podrían llegar a tener hijos por la falta de oportunidades (Katz, 2002).

Respecto a los hijos Katz (2002) menciona que las personas con deficiencia mental no tiene algunos requisitos para la maternidad y paternidad dado que si tienen algunos atributos como son: la nobleza, la sencillez, la bondad, la ternura y el cariño pero estas características no son suficientes para cubrir la necesidad de sus hijos para que estos desarrollen una personalidad sana. Asimismo las personas con discapacidad presentan alta vulnerabilidad y poca tolerancia a la frustración además de que ciertas situaciones les pueden generar estrés trayendo como consecuencia decisiones equivocadas y actuando de forma impulsiva perjudicando en cualquier momento de sus vidas a sus hijos.

Otro problema que afecta a las personas con discapacidad está relacionado con las mujeres que sufren deficiencia mental y que por falta de orientación sexual fueron violadas o sufrieron abuso sexual y por consecuencia se embarazaron, dicho problema afecta también a sus familias ya que los padres de las personas con discapacidad son los que terminan haciéndose cargo de sus nietos, porque creen que para la madre solo es un juguete, porque ella difícilmente logra asumir las responsabilidades y las obligaciones a la hora de criar a su hijo (Katz, 2002).

Respecto a las conductas sexuales inaceptables Katz (2002) menciona que las personas con discapacidad no deben realizar acto de incesto, abuso sexual o violación porque esto sería el reflejo de una mala orientación sexual y ello no se justificaría por padecer alguna discapacidad intelectual. Por este motivo es importante que se les haga responsable de sus actos ya que la ley se aplica de igual forma para todos.

Otra barrera que se les impone a las personas con discapacidad es la negación a la educación sexual, ya que se tiene la creencia que son incapaces de tener cualquier tipo relación de pareja, a menudo son guiados con mensajes negativos y

prohibiciones. En este apartado ya se mencionaron las creencias falsas y otras realistas respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad (Katz, 2002).

Por lo anterior en las personas con discapacidad también existe el despertar sexual pero algunas personas con discapacidad, que su condición de vida no les ha permitido una orientación sexual adecuada, sus manifestaciones se expresan sin inhibiciones y en algunas ocasiones es común verlos masturbándose, frotándose sus genitales con objetos o con el cuerpo de algún compañero, con expresiones verbales o simplemente con gestos y estas expresiones suelen darse en cualquier lugar ya sea en la casa, en la escuela, en la calle o bajo la mirada de la familia o de personas ajenas. Y esto produce en la familia, docentes o la sociedad angustia, desconcierto, temor, sorpresa o asombro por ello estas respuestas por parte de la sociedad y sistemas escolares o familiares son el resultado del desconocimiento y se forma mitos y prejuicios en torno a la sexualidad de la persona con discapacidad (Nuñez 2007).

En conclusión, se considera que la educación sexual es un amplio tema, además que la impartición de esta logra la comprensión de los procesos culturales que dan lugar a los conocimientos y organización sexual. De acuerdo a las personas con discapacidad esta educación se debe implementar igual que en las personas “normales”, haciendo adecuaciones pertinentes para la comprensión de los temas y no solo impartir conocimientos sino también actitudes que puedan llevar a la práctica dentro de la sociedad.

Los problemas mencionados anteriormente reflejan la falta de información que tiene la sociedad respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad por tal motivo se cree que resulta importante eliminar las falsas concepciones, para brindarle a las personas con discapacidad, la oportunidad de desarrollarse como los demás seres humanos evitando el rechazo. En el apartado siguiente se presentan los objetivos del programa de Verdugo (1997) del cual se retoman las habilidades sociales para mantener relaciones interpersonales por medio de conductas adecuadas para que las personas con discapacidad puedan formar parte de la sociedad.

Contenido del programa de entrenamiento de habilidades sociales

Para esta investigación se llevó a cabo a cabo el Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales de Verdugo (1997) el cual surge como una necesidad ya que “permite avalar su contribución a la mejora de la integración [...] de adolescentes y adultos con dificultades de adaptación y discapacidad, proporcionándoles competencias funcionales para [...] la inserción personal en la comunidad” (p. 9). Dicho programa se aplica a personas con discapacidad como una alternativa al ámbito académico ya que las personas con discapacidad muestran deficiencias en habilidades que les permitan tener una independencia personal que les posibiliten una autonomía para obtener la autosuficiencia.

Asimismo los adolescentes y adultos con discapacidad no muestran habilidades de adaptación a la sociedad lo cual constituye un serio problema dado que no tienen el uso y conocimiento adecuado de los servicios comunitarios. Es por lo anterior que el programa de habilidades sociales de Miguel Ángel Verdugo (1997) está dirigido “a mejorar la formación profesional del retrasado así como las habilidades requeridas para su independencia y autonomía personal, y su adaptación al medio e interacción con otras personas” (p.15).

El programa de habilidades sociales tiene como meta “la integración del sujeto en la comunidad” (p. 25) por lo cual las actividades propuestas están encaminadas a “incrementar la competencia social y adaptación al medio” (p. 25) ya que esto ayudara a tener las herramientas que se necesitan en la sociedad.

Dicho programa está compuesto por 6 objetivos generales, 17 objetivos específicos y 201 objetivos operativos. Los 6 objetivos generales son los siguientes:

Objetivo general 1: está integrado por las habilidades de comunicación verbal y no verbal para que le alumno pueda expresarse y de esta forma pueda participar en conversaciones con diferentes personas y en distintas situaciones.

Objetivo general 2: contiene las habilidades necesarias para desarrollar relaciones interpersonales. Dentro de este apartado se presenta el objetivo de educación sexual ya que se considera al sexo como parte de la relación interpersonal normal del

alumno para que tenga la información correcta sobre el sexo y aprenda los comportamientos aceptados socialmente para que conozca y pueda integrarse a su comunidad.

Objetivo general 3: se compone de las habilidades instrumentales las cuales ayudan al alumno a que pueda desenvolverse con autonomía en su medio social. Se abarcan conocimientos como el uso del dinero, información acerca de las actividades y los servicios de la comunidad, así como redacción de escritos útiles para el alumno.

Objetivo general 4: comprende las habilidades y las conductas que se desarrollan dentro de contextos familiares, escolares y sociales, también dentro de este objetivo se desarrollan conductas relacionadas con el uso del tiempo libre.

Objetivo general 5: presenta las habilidades relacionadas con la educación vial.

Objetivo general 6: Son las habilidades que están relacionadas con medidas de seguridad y la prevención de accidentes, así como los comportamientos adecuados en el medio ambiente.

Los objetivos generales, específicos y operativos se encuentran en el anexo 4.

MÉTODO

Objetivo general

Determinar si la participación en un programa de entrenamiento de habilidades sociales incrementa el desarrollo adecuado de las necesidades personales a partir de la información y la educación sexual de las personas con discapacidad.

Objetivos específicos

1. Diagnosticar el nivel de habilidades sociales en personas con discapacidad que asistían al club de ocio del DIF.
2. Ajustar y aplicar el programa de intervención de habilidades sociales (Verdugo, 1997), a partir de la información y la educación sexual.
3. Evaluar los cambios en las habilidades sociales antes y después del entrenamiento.

Tipo de investigación

Esta investigación fue un estudio colectivo de casos (Stake, 1998). Este tipo de investigación se diseña cuando las investigadoras estudian un número de ciertos casos, para examinar los fenómenos, población o condiciones generales. En esta investigación se incluyeron siete participantes en donde se observaron las habilidades sociales que tenían los participantes y de cuales carecían para proceder aplicar un programa de entrenamiento relacionado con habilidades y concimientos de sexualidad para finalmente analizar los efectos que presentó la intervención.

Criterios de selección de los participantes

Los criterios para la inclusión de los participantes fueron:

- 1) Que los participantes estuvieran inscritos en el club de ocio del DIF al momento de iniciar el estudio.

- 2) Que fueran mayores de edad con diagnóstico de discapacidad.
- 3) Que asistieran con regularidad al club de ocio del DIF.
- 4) Contar con el consentimiento de las autoridades del DIF, la maestra y los padres o tutores para que se llevara a cabo el estudio.

Participantes

Los participantes fueron adultos con discapacidad que asisten regularmente al club de ocio del DIF. El número de participantes fue de siete adultos (a)

Tabla 4. Participantes en la intervención

Seudónimo	Edad	Sexo	Discapacidad	Otra condición
Wendy	19	Femenino	Intelectual	Labio leporino
Dany	20	Femenino	Motriz- intelectual	Parálisis parcial
Marlen	31	Femenino	Intelectual	Retardo mental moderado
Lucy	45	Femenino	Intelectual	Retardo mental moderado
Luis	18	Masculino	Intelectual	Problemas de lenguaje
Paco	27	Masculino	Intelectual	Hipoxia cerebral
Max	51	Masculino	Intelectual	Retardo mental moderado

Escenario

La intervención se realizó dentro de un club de ocio del DIF ubicado en el municipio de Jaltenco, Estado de México. Los participantes que asistían al grupo eran adolescentes y adultos con discapacidad. En dicho centro había 10 personas con discapacidad aproximadamente, sin embargo en el estudio solo se tomó en cuenta a siete participantes ya que era más frecuente su asistencia. En el club de ocio se impartieron actividades diferentes para cada participante relacionadas con sus capacidades, principalmente fueron manualidades. Las edades aproximadas de los participantes eran de entre 19 y 51 años, solo había un grupo con una profesora. El club de ocio impartía actividades los días lunes, martes y jueves con un horario de 11:00 am a 2:00 pm.

Técnicas e instrumentos

La investigación se realizó en tres etapas, con base a los objetivos, las cuales se describen a continuación:

- Etapa 1: evaluación inicial, para la cual se incluyó la entrevista estructurada (Macotela y Romay, 1992), área personal- social del inventario de habilidades básicas (Macotela y Romay, 1992), área de socialización del documento individual de adecuaciones curriculares (SEP, 2000), el inventario de habilidades sociales (Verdugo, 1997) y un cuestionario semiestructurado de conocimientos de sexualidad.
- Etapa 2: intervención, se utilizó el programa de habilidades sociales (Verdugo, 1997).
- Etapa 3: evaluación final, se aplicó un cuestionario semiestructurado de conocimientos de sexualidad.

Etapa 1. Evaluación inicial

Entrevista estructurada (Macotela y Romay, 1992)

En la primera etapa de la investigación se aplicó una entrevista estructurada con la finalidad de cuestionar a los padres o tutores de manera individual y obtener datos relevantes de los participantes, en el formato de entrevista, solo se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: (Macotela y Romay, 1992)

- Datos generales
- Comportamiento del adulto

En cuanto a los datos generales se obtuvo: nombre, edad, sexo, personas que viven con él y tipo de discapacidad, y respecto a los datos sobre el comportamiento de los participantes se recabo la información en cuanto a socialización, agresividad, obediencia, nivel de actividad y nivel de atención. Los demás apartados se omitieron dado que los participantes asisten a un club de ocio, en donde no hay un sistema escolarizado.

Cabe destacar que se aprovechó la entrevista para lograr la familiarización de los participantes con las aplicadoras, ya que ellos estuvieron presentes al aplicar la entrevista.

Durante la entrevista fue necesario ajustar el lenguaje a los padres que se entrevistaron y se plantearon algunas preguntas de diferente manera, para obtener datos concretos.

Área personal-social, del inventario de habilidades sociales básicas, subárea de socialización (Macotela y Romay, 1992)

Continuando con la primera etapa de la investigación, se utilizó el inventario de habilidades sociales básicas (Macotela y Romay, 1992), este instrumento estimaba 276 habilidades que se repartían en cuatro áreas del desarrollo: área básica, coordinación viso motriz, personal-social y comunicación (Macotela y Romay, 1992). Para esta investigación se dio importancia al área personal-social, exclusivamente la

subárea de socialización. El objetivo del instrumento fue tener una evaluación general de las destrezas que tenían los participantes.

El objetivo de la aplicación de este instrumento fue el análisis de las conductas que el participante era capaz de hacer o no, en su socialización, para recabar la información se recurrió a la observación participante, en la cual se describieron los comportamientos de los participantes, en cuanto a: adaptación a las situaciones de evaluación, responsividad a la interacción social, aproximación espontánea a otras personas, capacidad para involucrarse en actividades sin perturbar y participación en actividades grupales.

Los datos se recabaron de manera individual: se analizó de manera cualitativa y cuantitativa, se evaluó el desempeño del participante en situaciones grupales y se utilizó un registro anecdótico de las situaciones para calificar los aspectos correspondientes en cuanto a adaptación a las situaciones de evaluación, responsividad a la interacción social, aproximación espontánea a otras personas, capacidad para involucrarse en actividades sin perturbar y participación en actividades grupales.

En cuanto al registro de datos, en los reactivos que contenían incisos se escribía la clave correspondiente:

- ✓ Si el adulto respondió correctamente.
- X Si el adulto respondió de manera incorrecta (no cubrió los criterios especificados).
- D Si el adulto dio una respuesta totalmente diferente a la requerida.
- Si la habilidad no fue evaluada.

Si el reactivo no contenía incisos, en el paréntesis correspondiente al reactivo, se anotaba:

- 1 Si la respuesta fue correcta ✓
- 0 Si respondió de manera incorrecta (X) o en diferente

forma (D).

- Si la habilidad no fue evaluada

Se llenó cada formato para observar las conductas en los participantes. En cada una de las habilidades de esta evaluación, se valoró la socialización en las categorías (con un total de 16 reactivos), que se describen a continuación:

1. Adaptación a diversas situaciones de evaluación (2 reactivos).
2. Responsividad a la interacción social (4 reactivos)
3. Aproximación espontanea a otras personas (4 reactivos)
4. Capacidad para involucrarse en actividades sin perturbar (3 reactivos)
5. Participación en actividades grupales (3 reactivos)

El puntaje máximo (P. M) que se le dio a cada categoría fueron los siguientes

1. Adaptación a diversas situaciones de evaluación (P. M 4).
2. Responsividad a la interacción social (P. M 6)
3. Aproximación espontanea a otras personas (P. M 5)
4. Capacidad para involucrarse en actividades sin perturbar (P. M 6)
5. Participación en actividades grupales (P. M 10)

De acuerdo con la suma del puntaje obtenido por cada participante se multiplico por el puntaje máximo de la prueba (31) y se dividió entre 100, para conocer el porcentaje que fue equivalente al nivel de socialización de los participantes, y finalmente se realizó una gráfica.

Área de socialización en ámbitos escolares (SEP, 2000)

Como parte de la evaluación, correspondiente a la etapa uno, se tomó en cuenta el apartado de socialización, teniendo como objetivo la observación de las conductas de los participantes, se incluyeron aspectos dirigidos a las relaciones interpersonales, la colaboración, la actitud ante el trabajo y la actitud ante el juego, de acuerdo con las claves:

- 3 Siempre
- 2 La mayoría de veces
- 1 Pocas veces
- 0 Nunca

Los datos se recabaron mediante la observación y de acuerdo con el valor asignado se hizo la suma obteniendo el puntaje máximo de 21 de todos los aspectos valorados y los puntajes obtenidos por los participantes, posteriormente se multiplico por 100 para obtener el porcentaje y conocer el nivel de socialización de los participantes, con lo cual se realizó una gráfica.

Inventario de Habilidades sociales (Verdugo, 1997)

Prosiguiendo en la etapa uno se aplicó este instrumento con el objetivo de conocer las dificultades que tenían los participantes por medio del inventario de habilidades sociales (verdugo, 1997).

Este instrumento se aplicó por medio de la observación, de forma individual. Se utilizó un formato que describía todos los objetivos operativos del programa de habilidades sociales de Verdugo (ver en Verdugo, 1997), que eran una serie de acciones que se esperaban que el participante realizara o no, y a partir de dichas acciones que presentaron deficiencia se encaminó el entrenamiento.

Para ejemplificar el modo de registro, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 5. Ejemplo de registro

Objetivos operativos	Totalmente	Parcialmente	Nulo
Muestra conductas verbales y no verbales de "escucha activa" a su interlocutor	*		
Dice sus datos personales: nombre y apellidos, dirección, teléfono, edad y fecha de nacimiento		*	
Hace peticiones y/o ruegos a otras personas			*

Posteriormente se calificaron las acciones y se dio un puntaje de:

2: Totalmente

1: Parcialmente

0: Nulo

De acuerdo a las acciones donde se obtuvo la mayoría de nulos, fue en donde se aplicó el programa de intervención de habilidades sociales. De igual manera los datos obtenidos se representaron con una gráfica.

Cuestionario inicial de conocimientos de sexualidad

Como consecuencia de lo anterior y reanudando la etapa uno de la indagación se notó deficiencia en el desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual, por ello se aplicó el cuestionario de conocimientos de sexualidad.

Cabe destacar que una vez identificado el problema se realizó una junta con los padres de familia y dado que era un tema prohibido para la mayoría de los participantes, en dicha junta se solicitó la autorización para tratar los 15 temas relacionados a la sexualidad, pero por consenso general los padres de familia pidieron que solo se impartieran 11 de los 15 temas. Los temas que se omitieron fueron:

- Intenta de modo adecuado, establecer relaciones y buscar la compañía de personas que le atraen sexualmente.

- Muestra un comportamiento sexual y socialmente aceptable en sus relaciones con personas de ambos sexos.
- Identifica las enfermedades venéreas, sus causas, síntomas, tratamientos y consecuencias.
- Identifica y considera las relaciones sexuales como resultado de amor, cariño y afecto entre las personas.

La meta del instrumento fue sondear los conocimientos de los participantes en temas de sexualidad, las preguntas del cuestionario se formularon a partir de los objetivos operativos de sexualidad establecidos en el programa. El cuestionario constó de 11 preguntas, las cuales también se aplicaron en el cuestionario final, los temas fueron los siguientes:

- Sexualidad
- Órganos sexuales (masculino y femenino)
- Cambios corporales
- Higiene de órganos sexuales
- Intimidad de funciones sexuales y evitando la práctica en público
- Evita relaciones con personas que pretenden abusar de él
- Masturbación
- Proceso de la menstruación
- Proceso del embarazo
- Métodos anticonceptivos
- Servicios de la comunidad

El cuestionario se calificó de modo cuantitativo y se le dio valor a las respuestas de la siguiente forma:

2 Pregunta contestada correctamente

1 Pregunta que no es correcta, pero que el participante tiene idea de ella

0 Pregunta con respuesta incorrecta

Después se sumaron las respuestas de los participantes y se graficó el sondeo de dos formas: individual y por temas de sexualidad.

A continuación se menciona la forma en la que se llevó a cabo la intervención en los participantes para que las habilidades y los conocimientos referentes a la sexualidad pudieran ser adquiridos de forma satisfactoria.

Etapa 2. Intervención

Programa de entrenamiento de habilidades sociales (Verdugo, 1997)

En la segunda etapa se aplicó el programa de entrenamiento de habilidades sociales, cuyo objetivo principal fue integrar a la persona con discapacidad a la comunidad, incrementando la competencia social y adaptación al medio, a causa de los resultados que arrojaron los instrumentos iniciales se optó por aplicar el objetivo específico 2.2 referente a las habilidades sociales para mejorar el desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual (Verdugo, 1997).

El programa contiene fichas de trabajo, hojas de registro de datos y una hoja que tiene gráfica de evolución del participante en el programa. La ficha de trabajo contiene la información requerida para abordar el entrenamiento del objetivo operativo, se especifican las conductas que deben realizar el maestro y el participante, así como la descripción de la conducta requerida por el participante. En la hoja de registro de datos se recogió la información de la evaluación (línea base) y el entrenamiento. Y una hoja con la gráfica de evolución permitió valorar la adquisición de las conductas.

Las sesiones que se llevaron a cabo en la intervención, en su mayoría fueron de manera expositiva, en donde se les mostraban imágenes y se les explicaba cada tema para superar el objetivo, así mismo se llevaban a cabo actividades grupales dentro y fuera del salón que complementaban la información proporcionada utilizando diferentes materiales y realizando actividades vivenciales como la asistencia a centros comunitarios en donde se puede solicitar información acerca de la sexualidad. A cada participante se le cuestionaba para conocer su nivel de

habilidades y conocimientos de sexualidad, si existía error en alguna de estas concepciones se modelaba la conducta hasta que se lograra el objetivo operativo.

Se utilizó la hoja de registro con el objetivo específico: Desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual y cada hoja fue llenada por los objetivos operativos (ver anexo 3), en ellas se anotaron los datos de los participantes. El cuerpo de la hoja lo constituyen los apartados de ensayos y sesiones, los cuales se dividen en 2 la línea-base (Tres anotaciones) y los entrenamientos. Cuando el participante realizó correctamente la habilidad en los tres ensayos de la línea base no se procede al entrenamiento, pero si contestó incorrectamente algún ensayo se inicia el entrenamiento hasta superar lo establecido en el criterio de evaluación de la ficha de trabajo. En la parte inferior se anota la fecha de cada sesión y el número de ensayos realizados.

En la parte inferior de la hoja de registro se describe el código o sistema de anotación empleado:

- C, ensayo incorrecto, no hay respuesta
- X, ensayo correcto sin ayuda
- F, ensayo correcto con ayuda física
- G, ensayo correcto con ayuda gestual
- V, ensayo correcto con ayuda verbal

Cuando el participante supera el objetivo se anota *

Si tras 25 ensayos el participante no supera la habilidad, se anota



Se valoró a cada participante en el objetivo establecido en cada hoja de registro, delimitando en color verde habilidades adquiridas al evaluar la línea-base y se marcó de rojo aquellas habilidades que ya se habían adquirido tomando en cuenta la gráfica de evolución (Verdugo, 1997). Finalmente se comprobó el efecto que causó el entrenamiento de habilidades sociales en el área de sexualidad.

Etapa 3. Evaluación final

Cuestionario final de conocimientos de sexualidad

La tercera etapa de la investigación tuvo por objetivo conocer el nivel de conocimientos adquiridos mediante la aplicación del programa de entrenamiento de las habilidades sociales de sexualidad.

Se aplicaron 11 preguntas abiertas (las cuales fueron las mismas que se aplicaron en el cuestionario inicial relacionadas con la sexualidad). A cada pregunta se le asignó el puntaje siguiente:

2 Pregunta contestada correctamente

1 Pregunta que no es correcta, pero que el participante tiene idea de ella

0 Pregunta con respuesta incorrecta

Dicho cuestionario se aplicó de manera individual a cada participante.

Después se sumaron las respuestas de los participantes y se graficó de 2 formas: individual y por temas de los conocimientos sobre sexualidad. De acuerdo con el puntaje obtenido se conoció el nivel alcanzado por los participantes en habilidades sociales de sexualidad.

A continuación se describe la organización que se realizó para llevar a cabo la investigación mencionando como primera parte el acceso al escenario hasta la evaluación final que se obtuvo al término del entrenamiento, para identificar el proceso que se realizó y para que los participantes pudieran alcanzar el objetivo de la investigación.

Plan de investigación

La investigación se realizó dentro de un DIF del Estado de México, a continuación se describirá de manera general la organización de la investigación.

- a. Acceso al escenario.

Se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades obteniendo una respuesta favorable. Después se le explicó a la profesora encargada del grupo de ocio acerca del objetivo y los contenidos a tratar y se acordó el horario y los días para aplicar la investigación.

Posteriormente se realizó una sesión con los padres de familia y con los participantes inscritos dentro del grupo, en donde las sustentantes se presentaron y explicaron la forma de trabajo, los objetivos, los días y el horario.

Se realizaron sesiones de rapport con los participantes para que se generara un clima de confianza, participación y aceptación para la realización de la investigación obteniendo una respuesta favorable. En estas sesiones se llevaron a cabo diferentes actividades como: juegos para que interactuaran los participantes con las aplicadoras, actividades manuales, proporcionando ayuda individual a cada participante, se realizaron mesas redondas sobre temas de interés de los participantes como el medio ambiente, los medios de comunicación, etc.

b. Aplicación de instrumentos

En primera instancia se aplicó una entrevista en la cual estuvieron presentes los participantes y los padres de familia, se realizó de manera individual con un periodo de tiempo de 60 minutos cada entrevista, dicho instrumento se aplicó en siete sesiones dentro del salón.

Después se aplicó el inventario de habilidades básicas de la subárea de socialización para lo cual se utilizó la observación participante y se prestó atención a dos participantes por sesión dando un total de 4 sesiones para el registro de dicha prueba. El tiempo aproximado de registro de datos fue de una hora y media para cada participante.

En las sesiones posteriores se aplicó el documento individual de adecuaciones curriculares (SEP, 2000) y se realizó en cuatro sesiones donde se observó y se registró a dos participantes por sesión. Dicha aplicación de la prueba tuvo una duración aproximada de dos horas y media.

Luego, se aplicó el Inventario de habilidades sociales (Verdugo, 1997) en siete sesiones, y se observó a cada participante poniendo énfasis en los objetivos operativos anotando si lo realizaba: totalmente, parcialmente o nulo. Se requirió de 3 horas aproximadamente para cada sesión. Y el registro de datos se hizo en las diferentes instalaciones del centro.

Una vez que se identificaron las dificultades de habilidades sociales de desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual se decidió realizar una junta con los padres de familia para abordar los temas de sexualidad y obtener su aprobación.

Cabe destacar que al presentarles a los padres de familia los temas a tratar nos pidieron que solo abordáramos 11 de ellos ya que los temas restantes no consideraron que fueran apropiados y de importancia además de que generaron en ellos ansiedad y angustia. Por lo tanto se llegó al acuerdo por parte de los padres de familia, la profesora y las aplicadoras que solo se trataran los temas acordados.

Después se aplicó un cuestionario de sexualidad con 11 preguntas abiertas para saber que conocimientos tenía cada uno de los participantes acerca de los temas que se abordarían del programa de habilidades sociales. Dicho cuestionario se aplicó en una sesión de manera individual, dentro del salón, con una duración de hora y media.

c. Desarrollo del programa

Para la aplicación del programa de intervención se utilizó un periodo de tiempo de tres meses en donde se realizaron actividades dentro del salón de clases y en el patio del centro. La duración de cada sesión fue de tres horas.

Todas las sesiones se aplicaron de forma grupal y se requirió de material que ejemplificara los temas tratados de sexualidad, se realizaron preguntas y diversas actividades que ayudaran a los participantes a tener información de educación sexual, explicando cada tema y resolviendo dudas de cada participante que se iban presentado a lo largo de la intervención.

En la intervención se realizaron adecuaciones ya que eran necesarias por las condiciones del centro y de los participantes y que para fines de la investigación se requirió adaptar algunos espacios dentro del salón para facilitarles a los participantes la mejor comprensión de los temas. Y por tratarse de un solo salón el cual no cumplía con espacios adecuados se adaptó el mobiliario para tener una mejor disposición. Algunas adecuaciones que se realizaron fueron en relación al lenguaje del programa, ya que Verdugo (1997), manejó términos no utilizados en México, por ejemplo: cogió, se cambió por recogió, los materiales que refirió Verdugo (1997), se adaptaron a la población, ya que no se contaba con equipo de cómputo para la proyección de imágenes, por tal motivo se utilizaron láminas, recortes, revistas, el patio de juego, etc.

d. Evaluación final.

Una vez implementado el programa de intervención de habilidades sociales (Verdugo, 1997) se aplicó el cuestionario de conocimientos final (mismo que se aplicó inicialmente) con 11 preguntas abiertas las cuales los participantes respondieron de forma individual durante una sesión y con un tiempo de 60 minutos.

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a la evaluación de los datos obtenidos para identificar los cambios presentados en el desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual. Con dicho instrumento se pueden constatar los avances obtenidos por los participantes después de la intervención.



Figura 1. *Participantes en el programa de intervención*

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Código Ético del Psicólogo, desarrollado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2002), la investigación está apegada a los postulados escritos en el cual se manejan puntos para el desarrollo de una investigación, como la competencia y honestidad del psicólogo, la calidad de la valoración psicológica, calidad de la investigación, la comunicación de los resultados y la confidencialidad de los resultados.

Se llevó a cabo la investigación con competencia y honestidad, en donde fue necesario un cuerpo de conocimientos sustentados en la investigación científica, además llevar a cabo la indagación acreditando el nivel de estudios y con la supervisión de personas competentes en aquellas áreas. Es importante señalar, que la investigación es sustentada por literatura y datos empíricos, por lo tanto no se harán declaraciones falsas, engañosas o fraudulentas de la investigación.

La calidad de la valoración psicológica, se basó estrictamente en información y técnicas suficientes y actuales para proporcionar sustento a las interpretaciones y recomendaciones, además se tomaron en cuenta los límites de la confidencialidad y se tomaron las medidas pertinentes para ocultar la identidad de las personas valoradas.

De acuerdo a la calidad de las intervenciones psicológicas, se realizó la investigación y los datos acerca de la eficacia y efectividad de los instrumentos a utilizar, además se basaron las conclusiones en resultados confiables y validados de investigaciones científicas. Durante la intervención se protegió a los participantes de daños o peligros físicos y psicológicos, que pudieron acarrear los procedimientos.

En calidad de la investigación, se tomó en cuenta un grado razonable de objetividad, se evitaron conductas que humillaran o minusvaloren a los participantes. Además se llevó la investigación de acuerdo a una planificación, para guiarla de modo consistente, competente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes.

En cuanto a la expresión de resultados, se utilizó un lenguaje razonablemente entendible para el receptor de sus servicios o actuación, se proporcionó información apropiada de las actividades, resultados y conclusiones. Se reitera que en la investigación no se inventaron datos, ni se falsificaron resultados de la investigación publicada.

RESULTADOS

Etapa 1. Evaluación inicial

Datos generales y de socialización

Esta actividad se realizó en la etapa uno de la investigación, se basó en recabar información de los participantes, dando importancia a sus datos generales como: nombre, edad, sexo y tipo de discapacidad así como otra condición que presentaban se puede ver en tabla 4. En cuanto a las personas con las que viven en la tabla 6 se puede observar que la mayoría de ellos viven con madre y padre solo en el caso de Dany que vive con su abuela, Marlen que solo vive con sus madre y Max que vive con su hermana y todos tiene discapacidad intelectual.

Tabla 6. Datos generales de la entrevista a los padres

Participantes	Personas que viven con el (ella)	Discapacidad
Wendy	Madre y padre	Intelectual
Dany	Abuela	Intelectual y motriz
Marlen	Madre	Intelectual
Lucy	Madre y padre	Intelectual
Luis	Madre y padre	Intelectual
Paco	Madre y padre	Intelectual
Max	Hermana	Intelectual

En la tabla 7 se pueden observar los datos obtenidos de la entrevista a los padres referente al apartado de comportamiento de los participantes en la cual se recabó información de los ellos en cuanto a su nivel de socialización, agresividad, obediencia, nivel de actividad y nivel de atención, en ella se puede ver que la mayoría de los participantes muestra socialización con adultos y pares, ninguno de ellos es agresivo y su obediencia es buena aunque solo Paco requiere de condicionantes.

Tabla 7. Comportamiento de los participantes

	Socialización	Agresividad	Obediencia
Wendy	Le gusta jugar con los niños	Le gusta hablar con agresión	Le da por desobedecer
Dany	Le gusta la convivencia y la compañía	No agrede	Si es obediente
Marlen	Le gusta la compañía y prefiere a los adultos	No es agresiva	Si es obediente
Lucy	Le agrada estar en compañía, no importa si son niños o adultos	No destruye solo se aísla cuando está enojada	Si es obediente
Luis	Es sociable y no tiene preferencia por adultos o niños	No es agresivo	Si es obediente
Paco	Socializa con todos hombres y mujeres niños y adultos	No es agresivo	Si aunque requiere condicionantes
Max	Tiende aislarse y no es sociable	No es agresivo	Es obediente

Así mismo en cuanto al nivel de actividad de los participantes son pasivos y solo en el caso de Wendy y Luis son inquietos, respecto al nivel de atención los participantes logran concentrarse lo que duran las actividades y por periodos cortos de tiempo.

Tabla 8. Continuación de la tabla comportamiento de los participantes

	Nivel de actividad	Nivel de atención
Wendy	Es muy inquieta	Solo se concentra un momento
Dany	Es pasiva	Se concentra en las actividades
Marlen	Es pasiva	Si se concentra
Lucy	Es pasiva	Trata de hacerlo pero es difícil en tiempo prolongado
Luis	Inquieto	Se concentra por poco tiempo
Paco	Es pasivo	Se concentra lo que dura una actividad.
Max	Es pasivo	Si se concentra en tiempo normal

Desarrollo personal-social

En este apartado se prosigue con la etapa uno, es decir la evaluación inicial en la que el instrumento arrojó datos que se pueden observar en la gráfica siguiente, los participantes tienen más dificultades en las habilidades de aproximación espontánea a otras personas y en participación en actividades grupales, especialmente en los ítems J (80%) y N (88%), que se refieren a las actividades relacionadas con el juego, esto es a causa de la diferencia de edades y diferentes discapacidades que posee cada participante, sin embargo en todas las categorías se obtuvieron puntajes mayores al 70%.

En el reactivo O referente a la participación adecuada en actividades de comedor también se puede ver una disminución en la gráfica (95%), pues Luis, mostró hábitos inadecuados, sin embargo se fue modelando la conducta a lo largo de la investigación.

El reactivo referente a actividades del salón de clases dio un porcentaje bajo (89%), ya que las instalaciones del salón no eran apropiadas para el desenvolvimiento adecuado de los participantes, además que en ocasiones no se lleva un ritmo similar en las actividades de los participantes.

Respecto al reactivo relacionado con la adaptación a una situación individual, que en la gráfica se representa con la letra N, hubo un declive (93%), por parte de un participante (Max), que en ocasiones demostró aislamiento, a razón de su edad, ya que es el mayor de todos los participantes.

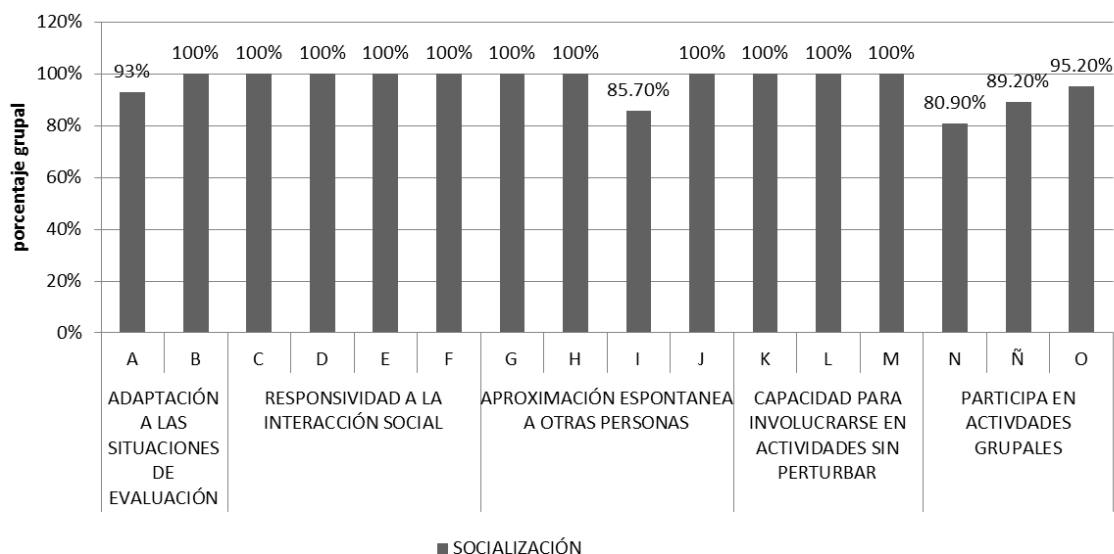


Figura 2. Ítems evaluados en el área de socialización

- A. Se adapta con facilidad a una situación individual.
- B. Se adapta con facilidad a una situación grupal en la que están presentes niños y adultos.
- C. Responde a cualquier forma de interacción social.
- D. Responde al contacto físico de otras personas.
- E. Responde en forma positiva al elogio social.
- F. Responde a invitaciones explícitas de niños o adultos, ya sea aceptándolas o rechazándolas.
- G. Inicia cualquier forma de interacción social.
- H. Expresa verbalmente o con ademanes sus deseos, preferencias o necesidades.
- I. Invita a jugar a otros.
- J. Solicita aprobación social al mostrar su ropa, algún trabajo que realizó, etcétera.
- K. Utiliza de manera adecuada su tiempo libre cuando se le deja solo.
- L. Utiliza de manera adecuada los materiales.
- M. Observa actividades que realizan otras personas.
- N. Participa adecuadamente en actividades de juego.
- Ñ. Participa adecuadamente en actividades del salón de clases.
- O. Participa adecuadamente en actividades de comedor.

Socialización en ambientes educativos

Este instrumento también contribuyó a la evaluación inicial, correspondiente a la etapa uno, se utilizó con la finalidad de observar las conductas de los participantes respecto a su socialización, para identificar las posibles dificultades que presentaban en dicha área, los resultados que arrojó el instrumento se encuentran con un

porcentaje de más del 50% en todas las categorías, pero en los reactivos relacionados con el juego (57%), al igual que en la prueba anterior, los resultados fueron bajos ya que las condiciones de los participantes, por su discapacidad y su edad, dichas conductas resultan poco interesantes, comparadas con aquellas actividades relacionadas con aprender, investigar, seguir indicaciones, respeto a los compañeros, disposición para colaborar, recoger y guardar material que fueron los reactivos con más del 90%.

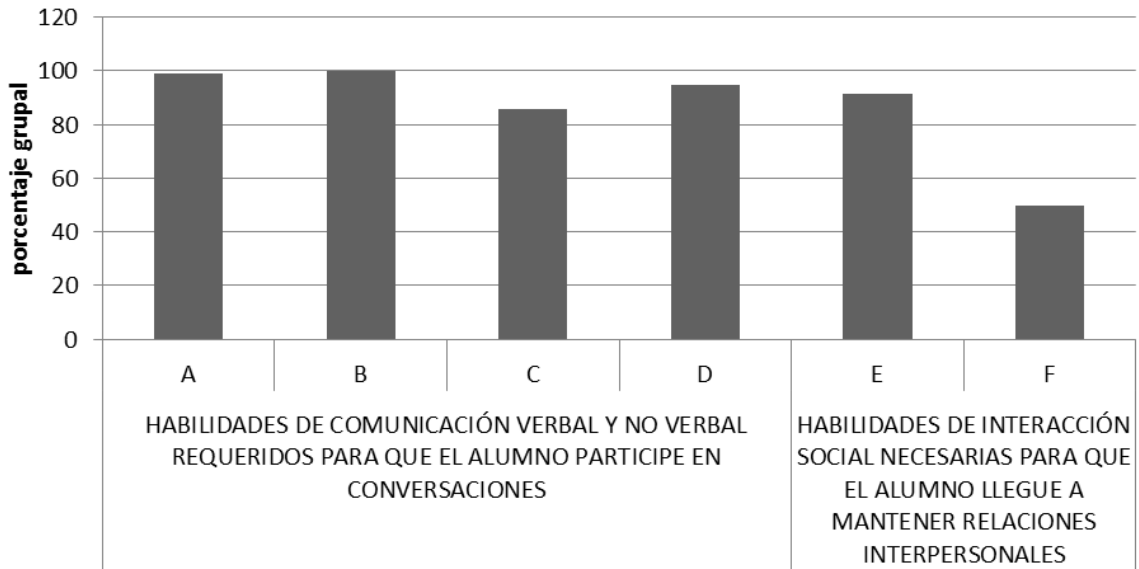


Figura 3. *Ítems de socialización en ambientes educativos*

Habilidades sociales de los participantes

Este instrumento pertenece a la etapa uno de la investigación, dicho instrumento se aplicó por medio de la observación, de forma individual, en las categorías mayores al 50% fueron: habilidades de conversación (A), recepción y escucha con otras personas; habilidades para manifestar información apropiada sobre sí mismo y su entorno (B); habilidades de autoexpresión y respuesta a otros (C); habilidades necesarias para mantener conversaciones con otras personas (D); conductas para iniciar, establecer y mantener una relación interpersonal (E). Sin embargo donde hubo un declive fue en el desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y la educación sexual (F). A partir

de los resultados obtenidos se determinó el objetivo de la investigación el cual fue: determinar si la participación en un programa de entrenamiento de habilidades sociales incrementa el desarrollo adecuado de las necesidades personales a partir de la información y la educación sexual de las personas con discapacidad.



Items del inventario de Verdugo

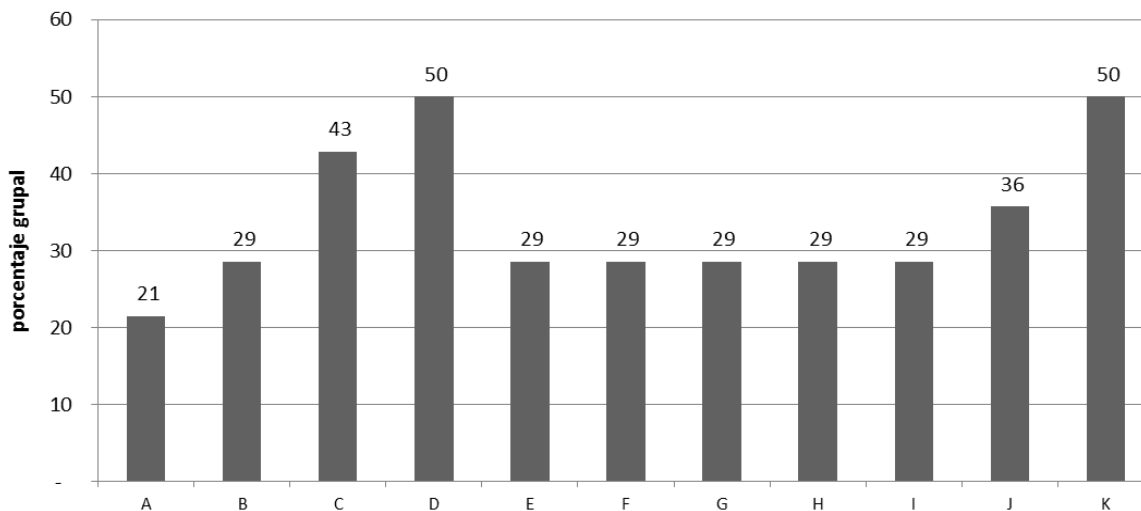
Figura 4. *Habilidades sociales de los participantes*

- A.** Habilidades de conversación, recepción y escucha necesaria para comunicarse con otras personas
- B.** Habilidades para manifestar información apropiada sobre sí mismo y sobre su entorno
- C.** Habilidades de autoexpresión y respuesta a otros
- D.** Habilidades necesarias para mantener conversaciones con otras personas
- E.** Repertorios de conducta necesarios para iniciar, establecer, y mantener una relación interpersonal
- F.** Desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual

Conocimientos de sexualidad antes del programa

El último instrumento aplicado en la etapa uno se llevó a cabo una vez identificado el problema, posteriormente se aplicó un cuestionario que diera a conocer los conocimientos que tenían los participantes respecto a la información de educación sexual. Se aplicaron 11 preguntas las cuales se basaron en los objetivos operativos del programa de habilidades sociales (Verdugo, 1997). A continuación se presentan los datos obtenidos:

- A. Sexualidad 21%
- B. Órganos Sexuales 29%
- C. Cambios corporales 43%
- D. Higiene en los órganos sexuales 50%
- E. Intimidad en las funciones sexuales 29%
- F. Evita las relaciones con personas que pretendan abusar de él 29%
- G. Masturbación 29%
- H. Proceso de la menstruación 29%
- I. Embarazo 29%
- J. Métodos de planificación familiar 36%
- K. Servicios de la comunidad 50%



EV. INICIAL

Figura 5. Conocimientos que inicialmente tenían los participantes sobre sexualidad

Como se puede observar uno de los temas en los que tenían menor conocimiento era en el tema relacionado con la sexualidad, que de acuerdo con el objetivo operativo los participantes no se involucraban con naturalidad en dicho tema, que se

demonstró con un porcentaje de 21%, en comparación con los temas relacionados a la higiene de los órganos sexuales y los servicios de la comunidad con un porcentaje del 50%, dado que en estos temas los participantes realizaban algunas conductas adecuadas pero no tenían la información completa, ni las habilidades necesarias planteadas en los objetivos operativos, ya que no se cumplían por completo y por ello se realizó el entrenamiento.

Etapa 2. Intervencion

Desarrollo del Programa de entrenamiento de habilidades sociales

La intervención correspondiente a la segunda etapa de la investigación, se llevó a cabo en un periodo de tiempo de tres meses, los días lunes, martes y jueves con una duración 170 minutos por día.

En seguida se mostraran los resultados que están integrados por el objetivo general, seguido por el objetivo específico y posteriormente se describen los resultados cualitativamente con las descripciones de cada objetivo operativo.

Objetivo General: Habilidades de interacción social necesarias para que el alumno llegue a establecer y mantener relaciones interpersonales.

Objetivo Específico: Desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual.

- ❖ De acuerdo con el objetivo operativo, que consistía en participar espontáneamente y con naturalidad en conversaciones de sexualidad, se inició con la pregunta qué es sexualidad, en un principio a los participantes les daba pena, se reían o se sonrojaban, aun así contestaban la cuestión dando respuestas vagas como: “tener relaciones sexuales” respuesta manifestada por Wendy, en cambio Dany dijo: “es la atracción entre el hombre y la mujer” o como lo exteriorizo Paco: “es la diferencia del hombre y la mujer, porque no tienen el mismo cuerpo”, en conclusión se podría decir que tienen alguna noción de lo que es sexualidad sin embargo no cumplían con el objetivo principal que se perseguía, se sensibilizó a los participantes haciendo

comentarios como la sexualidad es natural, no se debe de tener pena al hablar de estos y se le explico que la sexualidad es el conjunto de cambios físicos, psicológicos y culturales que nos hace pensar como hombres o como mujeres, es un tema natural y no debe de darnos pena y ni pensar que este tema es malo, al final de esta intervención los participantes se dirigieron a la sexualidad sin pena, y dando un significado más estructurado y más allá de atracción y relaciones sexuales, lo exteriorizaban dirigiéndose más al desarrollo del hombre y la mujer.

- ❖ El objetivo siguiente perseguía que los participantes identificaran y nombraran órganos sexuales masculinos y femeninos utilizando los nombres correctos, al iniciar la intervención se le mostraron imágenes de hombres y mujeres desnudos y se le pregunto cuál era la diferencia que existía, los participantes solo identificaban algunos órganos sexuales, no todos o se dejaban llevar por diferencias culturales como Marlen que dijo: “la mujer tiene cabello largo y el hombre tiene barba” o notaban esas diferencias sexuales, pero no decían los nombres correctos, tal es el caso de Luis que dijo: “que los hombres y las mujeres son diferentes por sus partes privadas”, a partir de la intervención los participantes modificaron estos esquemas, haciendo énfasis en las diferencias de los órganos sexuales, así como sus partes, su función y las células reproductoras, bien lo dijo Dany y Max, Dany manifestó : “la mujer tiene vagina, útero, trompas de Falopio, óvulos y ovarios y el hombre tiene pene, testículos y espermatozoides” y Max tuvo una respuesta más estructurada: Las mujeres tienen: vagina, senos, trompas de Falopio, ovarios en donde se producen los óvulos y los hombres tienen: próstata, testículos encargados de producir espermatozoides y también tienen pene.
- ❖ De acuerdo con el siguiente objetivo, se requería que los participantes identificaran los cambios corporales que se producen en mujeres y hombres desde la infancia hasta la pubertad y edad adulta, los participantes respondían más los cambios culturales de la mujer y el hombre tal es el caso de Wendy

que dijo: “las niñas tienen cabello largo, usan vestido y se visten de color rosa” o solo tomaban un aspecto del desarrollo sexual, como Dany: “a los hombres les crece barba y bigote y a la mujer le crecen los senos”, o manifestaban los cambios más superficiales como es el caso de Max que dijo: “el cuerpo se va desarrollando a medida que va creciendo hasta que las personas son adultas” o Lucy que dio una respuesta similar, pero agregando que las parejas pueden tener hijo. Después en el entrenamiento se le mostraron diapositivas de niños (as), adolescentes y adultos mostrándole los cambios corporales y mencionándole las diferencias de acuerdo a las edades, los participantes cambiaron sus perspectivas manifestando después respuestas más allegadas a la sexualidad y los cambios corporales de los hombre y las mujeres como la aparición del vello púbico en ambos sexos, el crecimiento de senos en las mujeres y ensanchamiento de pelvis, entre otros.

- ❖ Para el objetivo siguiente, se quería que el adulto mantuviera higiene y cuidado de los órganos sexuales, al inicio de la intervención los participantes expusieron algunas formas de mantener higiene en sus órganos sexuales, la mayoría de estas respuestas se basaban en cosas muy superficiales, por ejemplo Marlen dijo: “bañarme para estar limpia y me duermo”, los participantes solo hicieron referencia al baño diario, siendo que el objetivo involucraba también el cambio de ropa interior y exterior diario, si hay alguna molestia, decírselo a nuestros padres, no usar ropa ajustada, posteriormente las respuestas fueron más concretas y estructuradas pues los participantes proporcionaron respuestas como: “que lavar bien y se tenía que cambiar todos los días la ropa por una que estuviera limpia” (Wendy), la respuesta de Dany fue que tenía que lavarse bien sus genitales para no tener infecciones y que si tenía alguna molestia se lo comunicaría a su abuelita para que la llevara con un médico y que se cambiaría todos los días la ropa sucia por una limpia.
- ❖ El objetivo operativo pretendía que el participante guardara intimidad con sus funciones sexuales, evitando la práctica en público, se realizó una lluvia de

ideas con la pregunta ¿Cuándo te cambias de ropa lo haces a solas o en presencia de alguien?, los participantes contestaron que pueden cambiarse de ropa en frente de sus papás, tal es el caso de Dany que dijo: “para la ropa interior yo sola y para lo demás me ayuda mi abuela”, posteriormente las aplicadoras mencionaron a los participantes algunas conductas hipotéticas como: caminarías desnudo por la calle, los participantes respondieron que no, hablarías con el amigo de la esquina temas de sexualidad o inquietudes de tu sexualidad, los participantes dijeron que si, ya que este es su amigo, tocarías tus genitales en público ellos dijeron que no. Durante el entrenamiento se le explico que debía vestirse y desnudarse en privado y que los temas de sexualidad no se hablaban con personas desconocidas y que no debía tocarse los geniales en frente de las personas. Posteriormente los participantes realizaron una actividad en donde diferenciarían las partes públicas y privadas, explicándoles que las partes publicas pueden ser tocadas o vistas por los demás como los brazos, el cabello, la cabeza, las rodillas, los pies y que las partes privadas son nuestras partes que deben de tener intimidad y respeto, no deben ser tocadas ni vistas por los demás como los senos, la vagina, el pene, posteriormente se les proporcionaron revistas a los participantes y se le pidió que recortaran partes públicas y partes privada de hombres y mujeres, los participantes ejecutaron esta actividad de manera correcta.

- ❖ En el objetivo operativo sabe cómo defenderse y evita las relaciones con personas que pretenden abusar de ellos y explotarlos sexualmente se les proyecto un video titulado “Cuídate a ti mismo” el cual trataba de una niña de 12 años que iba a casa de un vecino que vivía solo a pedirle periódico para hacer su tarea y el vecino le tocaba el hombro y le decía “gustas pasar” y le invitaba un refresco. Después de ver el video se les cuestiono con la pregunta ¿Qué le puede pasar a la niña si entra a la casa? A lo cual Wendy, Dany, Marlen y Lucy coincidieron al dar su respuesta mencionando que la podían violar, pegar o secuestrar y por parte de Luis, Paco y Max respondieron que la

podían violar o abusar de ella. Después se realizó el entrenamiento y se les explico que tenían que identificar conductas de las personas que pretendían hacerles daño y se le modelaron las conductas que debían hacer si alguna persona quería abusar de ellas y ellos y se le explico que debía irse del lugar, gritar, defenderse golpeando a la persona y debían decírselo a las autoridades. Al final del entrenamiento las personas con discapacidad fueron capaces de identificar las situaciones en las que otros podían abusar de ellos y por medio de ejemplos, por parte de las personas con discapacidad, llevaron a cabo conductas adecuadas en la calle, casa y escuela, pedían orientación, se defendían o abandonaban el lugar y pedían ayuda.

- ❖ Respecto al objetivo operativo conoce que es la masturbación se les realizo la pregunta ¿Sabes que es la masturbación? Y en el caso de Wendy, Dany y Marlen contestaron que no, pero en el caso de Lucy dijo “es cuando toco mi vagina” y Luis dijo “es cuando toco mi pene con mis manos” pero en el caso de Paco y Max solo dijeron que sabían más o menos. Posteriormente se llevó a cabo el entrenamiento y se les menciono que la masturbación es cuando hay fricción del pene o frotación de la vagina para sentir placer. Que se hace en privado y que es un comportamiento sexual normal en el cual no se debe sentir culpa. Después, una vez finalizado el entrenamiento se les realizaron 3 preguntas. ¿Masturbarse es normal?, ¿Si te masturbas lo haces en privado o en público? ¿La masturbación es para las mujeres o los hombres? En dichas preguntas, los participantes respondieron acertadamente identificando la masturbación como comportamiento sexual autoestimuladorio que es normal, se hace en privado y lo pueden realizar hombres y mujeres.
- ❖ En el caso del objetivo conoce el proceso de la menstruación las mujeres, Wendy, Dany, Marlen y Lucy respondieron que es cuando les sale sangre por la vagina y usan toalla, pero en el caso de los hombres ninguno sabía que era la menstruación y no conocían el proceso, por ello se realizó el entrenamiento para explicarles que también se le conoce como periodo, regla o menstruación

y que ocurre cuando el ovulo no es fecundado y los óvulos se expulsan por la vagina cada 28 días. Que le ocurre a las mujeres y que deben tener higiene lavándose bien sus genitales y cambiándose constantemente la toalla sanitaria además de que el sangrado dura 4 o 5 días aproximadamente. Al finalizar el entrenamiento los participantes fueron capaces de describir brevemente el proceso de la menstruación y en el caso de las mujeres mencionaron las conductas adecuadas que se deben realizar durante esos días por ejemplo Dany dijo “que solo le pasa a las mujeres y es por que la mujer no está embarazada y por eso los óvulos llegan a la vagina en forma de sangre y la mujer dura 5 días con sangre, por eso usa toallas” y en el caso de Paco dijo “es la salida de sangre por la vagina y usan toalla femenina por que los óvulos salen como sangre”. Esto demuestra que las personas con discapacidad que participaron en el programa pudieron conocer el proceso de la menstruación.

- ❖ Respecto al objetivo referente a conocer el proceso de la fecundación, embarazo, su interrupción (aborto) y el parto Wendy y Luis fueron los únicos que mencionaron que no sabían nada de ese tema, pero en cambio Dany, Marlen, Lucy, Paco y Max tenían la idea pero lo mencionaban superficialmente sin mencionar adecuadamente el proceso de cada termino y estas fueron algunas de sus respuestas “es cuando tenga un bebe” (Marlen), “es cuando tienen sexo el hombre y la mujer” (Lucy), “nace de la mujer y está en la panza” (Paco), “es la concepción de un nuevo ser” (Max). Posteriormente se les explico con ayuda de imágenes que el embarazo es producto de las relaciones sexuales entre el hombre y la mujer y que ocurre cuando el ovulo es fecundado por el espermatozoide es entonces cuando se desarrolla el feto durante 9 meses hasta el momento del parto cuando el feto sale por la vagina de la mujer. Y si él bebe se expulsa antes de nueve meses se le llama aborto. Finalmente después de participar en el programa de intervención las personas con discapacidad lograron conocer el proceso de la fecundación, el embarazo y el parto, lo cual quedo demostrado con sus descripciones en frases cortas

como en el caso de Lucy que dijo “el embarazo se da cuando los espermatozoides llegan a la vagina y uno se queda en el ovulo formando un feto hasta que en 9 meses sale” o como en el caso de Max que dijo “el embarazo dura nueve meses, la mujer ya no tiene regla y si el feto no nace hay aborto y en la mujer hay cambios en su cuerpo”.

- ❖ En el caso del objetivo conoce los métodos de planificación familiar más utilizados en su entorno social se les cuestiono con la pregunta ¿Sabes que es un método de planificación familiar? ¿Cómo cuál? A lo que Wendy dijo “condón para no infectarse”, Dany “Condón y pastillas” Lucy “el condón es para no estar embarazada”, Luis “el condón”, Max “se usan cuando los padres no desean a su bebe y hay píldoras, preservativos y germicidas” pero en el caso de Marlen y Paco no tenían el conocimiento de los métodos de planificación familiar. Enseguida se procedió al entrenamiento y se les explico que los métodos anticonceptivos evitan embarazos no deseados y se les mostraron en imágenes los métodos como píldoras, DIU, preservativos, pomadas, inyecciones y sprays. También se le explico para que sirven y como funciona cada uno de ellos. Al finalizar el entrenamiento las personas con discapacidad lograron conocer los métodos de planificación familiar que más se usan en su entorno, para que sirven, como funcionan y los métodos que todos mencionaron fueron las pastillas, el condón y el DIU. Por ejemplo en el caso de Marlen dijo “los métodos sirven para no tener hijos cuando uno esta joven y se puede usar DIU, inyecciones y pastillas” y en el caso de Paco dijo “que hay pastillas, condones y DIU para no embarazar a la pareja.
- ❖ En cuanto al último objetivo, conoce los Servicios de la Comunidad (Centros de Salud, Centros de Orientación Familiar...) donde puede encontrar información, ayuda y orientación sobre aspectos relacionados con la sexualidad se les pidió que mencionaran a donde podían acudir para pedir información de sexualidad y Wendy, Dany y Marlen mencionaron que no sabían a donde podían ir pero en el caso de Lucy ella dijo que iría con un

doctor, Paco dijo que le preguntaría a sus papás y Max respondió que iría a la clínica, sin embargo no sabía cómo comportarse dentro del lugar. Entonces se llevó a cabo el entrenamiento y se realizó una visita guiada a la única clínica del DIF cercana que brinda estos servicios y se les mostro que ahí se podían pedir informes además se les mostro que conductas debían tener dentro de la clínica y lo que debían hacer al estar ahí. Finalmente después de la intervención las personas con discapacidad mencionaron que en la Clínica (DIF) podían atenderlos y resolverles sus dudas de sexualidad, además lograron identificar los diferentes servicios que se ofrecen en la clínica así como los comportamientos adecuados para solicitar y recibir la información que ahí se brinda. Un ejemplo de lo anterior fue la respuesta de Max que dijo “cuando no tenga dinero para comprar condones voy a la clínica (DIF) que está cerca de mi casa para que también me den información de sexualidad”.



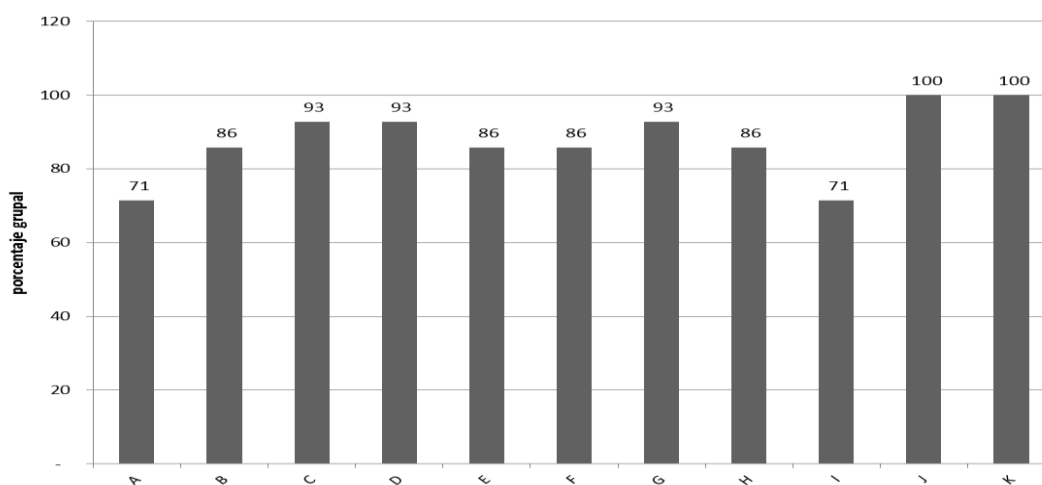
Figura 6. *Actividades realizadas por los participantes*

Etapa 3. Evaluación final

Conocimientos de sexualidad después del programa

Finalmente se utilizó el cuestionario de conocimientos, que se había realizado inicialmente, para valorar los cambios en las habilidades y los conocimientos adquiridos sobre sexualidad, de cada participante, esto con el objetivo de visualizar la diferencia después del entrenamiento en el objetivo referente al desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual. La evaluación final se visualiza en la figura 7 y la gráfica que muestra la diferencia se presenta en la figura 8, los datos obtenidos fueron los siguientes:

- A. Sexualidad 71%
- B. Órganos Sexuales 86%
- C. Cambios corporales 93%
- D. Higiene en los órganos sexuales 93%
- E. Intimidad en las funciones sexuales 86%
- F. Evita las relaciones con personas que pretendan abusar de él 86%
- G. Masturbación 93%
- H. Proceso de la menstruación 86%
- I. Embarazo 71%
- J. Métodos de planificación familiar 100%
- K. Servicios de la comunidad 100%



EV. FINAL

Figura 7. Conocimientos finales de los participantes sobre sexualidad

Los resultados de los participantes respecto a los temas de sexualidad demuestran que hubo una mejoría en el tema de sexualidad, incrementando a un 71%, sin embargo fue el tema de menor porcentaje, en comparación con los dos últimos temas que se refieren a los métodos de planificación familiar y los servicios de la comunidad que alcanzaron un 100% de conocimientos, con ello queda demostrado que se incrementaron las habilidades en el desarrollo adecuado de las necesidades de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual.

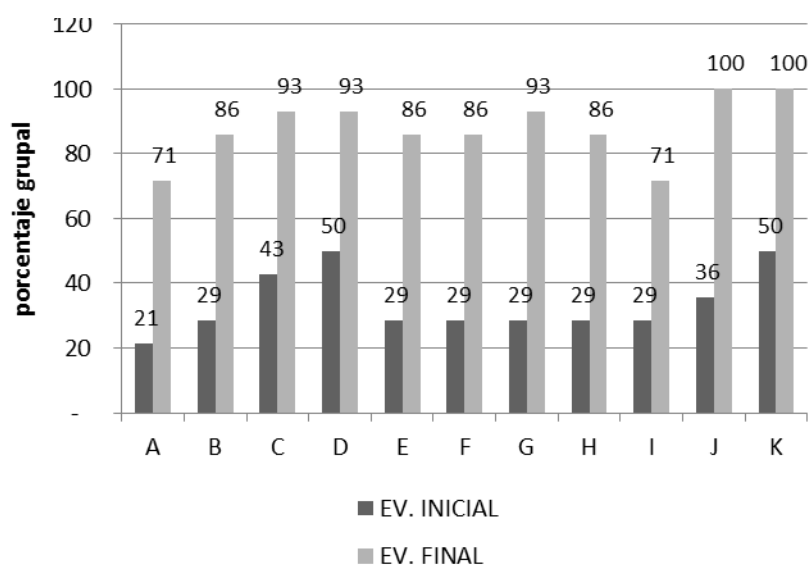


Figura 8. Comparación de la evaluación inicial y final

La figura anterior muestra el resultado de la evaluación inicial y final, en la cual se comprueba que hubo avances significativos en los conocimientos y habilidades de sexualidad. Los porcentajes fueron los siguientes.

Tabla 9. Porcentajes iniciales y finales de conocimientos y habilidades de sexualidad

Objetivos entrenados	Ev. inicial	Ev. final
A. Sexualidad	21%	71%
B. Órganos sexuales	29 %	86%
C. Cambios corporales	43%	93%
D. Higiene de los órganos sexuales	50 %	93%

E. Intimidad de las funciones sexuales	29 %	86%
F. Evita relaciones con personas que pretenden abusar de el	29 %	86%
G. Masturbación	29 %	93%
H. Proceso de la menstruación	29 %	86%
I. Embarazo	29 %	71%
J. Métodos de planificación familiar	36 %	100%
K. Servicios de la comunidad	50 %	100%

Dejando de manifiesto que el objetivo de la investigación se cumplió demostrando que la participación en el programa mejoró sus conocimientos sobre sexualidad.

Cambios cualitativos sobre conocimientos de sexualidad

En este apartado se describe cada una de las evaluaciones iniciales y finales que se obtuvieron antes y después de la intervención. Los resultados se describen de forma cualitativa en cada uno de los 11 objetivos operativos del programa de entrenamiento de habilidades sociales. Asimismo se presenta la gráfica obtenida de los cambios de cada uno de los participantes, en la cual se puede observar su evolución y los conocimientos que alcanzaron después de la intervención del programa, después se muestra el porcentaje obtenido inicialmente y finalmente de los siete participantes.

- ❖ El primer objetivo tenía como meta participar espontáneamente y con naturalidad en conversaciones sobre sexualidad, los participantes a lo largo de la intervención se mostraban más tranquilos, trataban de no reírse y poco a poco asimilaron que era un tema natural.
- ❖ En el siguiente objetivo consistía en que los participantes identificaran y nombraran los órganos sexuales masculino y femenino, utilizando los nombres correctos, en un inicio los participantes tenían una pobre concepción de los órganos sexuales masculino y femenino, enfocándose únicamente en vagina y pene o desconocían por completo el tema. Después de la intervención lograron visualizar que no solo era la vagina y el pene, ya que hay más

órganos como los componentes del aparato reproductor masculino y femenino, y sus funciones que desempeñan cada uno.

- ❖ Para el objetivo siguiente se pretendía que los participantes identificaran los cambios corporales que se producían entre el hombre y la mujer, inicialmente proporcionaban respuestas muy superficiales basándose en las etapas del desarrollo como la niñez, la adolescencia, la adultez y formar una familia, se realizó la intervención y por consiguiente los participantes lograron entender la forma del desarrollo y los cambios que sufren las niñas al convertirse en mujeres y de los niños al convertirse en hombres.
- ❖ La meta del siguiente objetivo radicaba en mantener higiene y cuidado de los órganos sexuales, lo que se pudo observar fue que una muestra de los participantes, asistían a la club de forma sucia y con mal olor, las mujeres utilizaban ropa ajustada, a raíz del entrenamiento comenzaron a asistir limpios, por esta razón se les daba algunos elogios. También comenzaban a usar ropa ajustada y es aquí donde se mencionó que esto puede ser una causa de infección y malestar; también se les hizo hincapié que toda molestia como picor o ardor lo deben de comunicar a alguien de confianza que los pueda llevar al doctor.
- ❖ Para llevar a cabo el siguiente objetivo que tenía como finalidad guardar intimidad en funciones sexuales, evitando la práctica en público, se observó que los participantes realizaban manifestaciones excesivas de cariño, se les explicó que por esta razón podrían provocar un abuso sexual o que había personas que no les agradaba que se les abrazara, por eso era importante interrogar a la persona ¿te puedo abrazar? ¿te puedo dar un beso en la mejilla?, y si lo permiten, realizar la acción, de otra manera respetar la decisión de las personas.
- ❖ El siguiente objetivo consistía en saber cómo defenderse y evitar relaciones con personas que pretenden abusar del participante, inicialmente los

participantes le hablaban a cualquier persona, no sabían identificar las buenas de las malas intenciones, a partir del entrenamiento, los participantes aprendieron que no se le habla a cualquier persona, se volvió a ver partes privadas y partes públicas, haciendo hincapié en que las partes privadas son de ellos y que nadie podía verlas ni tocarlas.

- ❖ De acuerdo con el objetivo conoce que es la masturbación las mujeres (Wendy, Dany y Marlen) a excepción de Lucy no conocían dicho termino a diferencia de los hombres (Luis, Paco y Max) quienes conocían el significado pero lo hacían con palabras inadecuadas, pero al finalizar el entrenamiento lograron identificar y reconocer los comportamientos adecuados que se llevan a cabo durante la masturbación haciéndolo con primacía y tomándolo como una conducta normal y natural. De esta forma se cumplió con el objetivo operativo.
- ❖ En cuanto al objetivo conoce el proceso de la menstruación, Wendy, Dany, Marlen y Lucy inicialmente sabían lo que ocurría durante la menstruación pero no conocían el proceso ni el por qué les sucedía esto, y en cuanto a Luis, Paco y Max no sabían nada relacionado con el tema. Sin embargo al finalizar el entrenamiento los participantes lograron describir verbalmente el proceso que se lleva a cabo durante la menstruación y además las participantes realizaban las conductas adecuadas durante los días del periodo.
- ❖ Respecto al objetivo operativo conoce el proceso de la fecundación, embarazo, su interrupción (aborto) y el parto. Las personas con discapacidad (Wendy, Dany, Marlen, Lucy, Paco y Max) tenían solamente la idea de lo que es embarazo y coincidieron en sus respuestas mencionando solamente que las mujeres tienen bebés pero no tenían conocimiento de todo el proceso que se realiza desde la fecundación hasta el parto, en cambio Luis refería no saber nada del tema. Sin embargo después de la aplicación del programa de entrenamiento los participantes fueron capaces de describir de manera verbal la fecundación, el embarazo y el parto. Además con la ayuda de las imágenes

lograban señalar cada aspecto relevante del proceso de fecundación, embarazo y parto, quedando demostrado que la habilidad fue desarrollada correctamente ya que se cumplió el objetivo.

- ❖ En cuanto al objetivo conoce los métodos de planificación familiar más utilizados en su entorno social al inicio se pudo comprobar que los participantes conocían un método y la mayoría de ellos mencionaban el preservativo, pero en cambio Marlen y Paco refirieron no conocer los métodos de planificación familiar. Posteriormente después de la intervención todos los participantes lograron mencionar tres métodos anticonceptivos y fueron capaces de definir de forma simple para que sirven.
- ❖ En el último objetivo conoce los Servicios de la Comunidad (Centros de Salud, Centros de Orientación Familiar...) donde puede encontrar información, ayuda y orientación sobre aspectos relacionados con la sexualidad los participantes no tenían el conocimiento de que en la clínica del DIF se les brindaba información de sexualidad y tenían la creencia de que se daban otros servicios médicos pero no conocían todos los servicios que se brindaban. Pero después de llevar a cabo el entrenamiento, y después de realizar una visita guiada para mostrarles conductas y servicios, lograron conocer los servicios y pudieron identificar las situaciones en las que debían acudir a la clínica para que les ayudaran con los temas relacionados con la sexualidad, así mismo fueron capaces de mostrar comportamientos adecuados con lo cual se pudo comprobar que el objetivo operativo se cumplió satisfactoriamente.

En la gráfica siguiente se puede observar la evolución de los participantes en cuanto a los conocimientos de sexualidad y objetivos relacionados con el desarrollo adecuado de las necesidades de aceptación, placer y amor a partir de la información sexual adquiridos en la evaluación inicial y final.

En el caso de Wendy inicialmente tenía un conocimiento muy bajo con un 18%, y después de participar en el programa su conocimiento incremento al 73%.

Dany por su parte, al principio sus conocimientos de sexualidad eran del 41%, y al final del entrenamiento logró un 100% de conocimientos, siendo ella y Max los que alcanzaron el mayor puntaje.

Marlen demostró inicialmente un porcentaje de 14%, siendo ella la que menor conocimiento tenía en temas de sexualidad, sin embargo después del participar en el entrenamiento, logro un 77%.

Inicialmente Lucy tenía un 41% sobre temas de sexualidad, a partir del entrenamiento mostro una mejoría notable con un 91%.

Paco tenía un 36%, al inicio de la intervención, posteriormente con la aplicación del programa, logro un 82%.

En el caso de Luis sus conocimientos iniciales dieron un 45%, y al final de la intervención, alcanzo un 91% de conocimientos de sexualidad.

Respecto a Max inicialmente demostró un 41% de conocimientos de sexualidad, después de la intervención mejoró su información a un 100%.

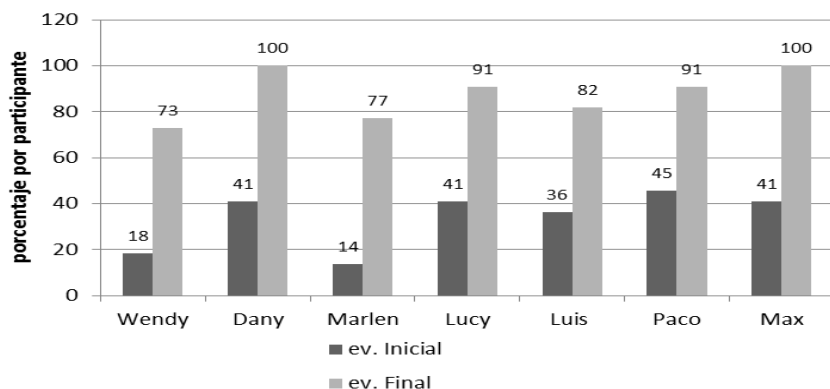


Figura 9. Comparación de conocimientos y habilidades de sexualidad de los participantes

En la siguiente tabla se pueden observar los porcentajes alcanzados por cada uno de los participantes en los temas de sexualidad, los datos se obtuvieron de los cuestionarios iniciales y finales.

Tabla 10. *Porcentaje de los participantes en conocimientos y habilidades de sexualidad*

	Wendy	Dany	Marlen	Lucy	Luis	Paco	Max
Evaluación Inicial	18%	41%	14%	41%	36%	45%	41%
Evaluación Final	73%	100%	77%	91%	82%	91%	100%

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta tesis fue determinar si la participación en un programa de entrenamiento de habilidades sociales incrementa el desarrollo adecuado de las necesidades personales a partir de la información y la educación sexual de las personas con discapacidad. Por ello en este apartado se confrontara la literatura encontrada sobre discapacidad, habilidades sociales y sexualidad en la discapacidad, con los datos obtenidos en la práctica.

En el siglo XIX, fue la época de las instituciones, con ellas la idea de un mejor esfuerzo profesional para educar a las personas con necesidades especiales. En este tiempo a las personas con discapacidad se les consideraban niños eternos (Toledo, 1999). Ya han pasado muchos años y lamentablemente en nuestra sociedad se sigue pensando que las personas con discapacidad son niños eternos, por ello no requieren de una educación sexual, sin embargo con la intervención se logró que los participantes lograran tener conocimientos y habilidades sobre sexualidad, que les ayudará a una mejor integración en la sociedad.

La ONU, la OMS o UNESCO son instituciones que marcan el “deber ser”, exponen leyes, deberes y obligaciones para la integración del sujeto con discapacidad a la sociedad, por ejemplo la ONU desarrolló la Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental en 1971, en ella se indicó que las personas con dicha discapacidad tienen los mismos derechos que los demás seres humanos, como el derecho a la atención médica y al tratamiento físico, derecho a la educación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo sus capacidades y sus aptitudes, sin embargo la misma familia de las personas con discapacidad ha restringido estos derechos pues las personas con discapacidad son escondidas, se les sobreprotege, o la misma condición económica hace que lo establecido por ley no se realice.

De igual manera, en materia educativa se desarrolló la Declaración Mundial sobre Educación para Todos (UNESCO, 1994), en la que se tuvo por objetivo satisfacer las necesidades básicas de Aprendizaje manifestando implícitamente que las personas

que presentan alguna discapacidad también tiene derecho a este goce universal, en la población en la que se trabajó, pocos fueron los alumnos que tienen la educación básica y por lo menos saben leer y escribir, sin embargo también hubo alumnos que tienen discapacidad física o que su discapacidad mental es leve y no asistieron a la escuela, pues los tutores tienen bajas expectativas sobre las mismas personas o las instituciones, es decir su barrera de aprendizaje se basó más en lo social, que en la misma condición del participante.

En México se desarrolló la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003/2007). En el ámbito de la discapacidad se estableció promover el acceso a centros de desarrollo de esta población, en el sector donde se realizó la intervención este aspecto no está en goce pleno, pues los participantes no están en instalaciones que favorezcan un aprendizaje incluso el lugar en el que se reúnen no es exclusivo de ellos, había días en los que la sesiones se llevaban fuera de las aulas.

En la Ley General de las Personas con discapacidad (2005/2008). Se enmarcó el derecho a la igualdad de oportunidades, las garantías de salud, derecho al trabajo, a la educación, al cambio de infraestructura, desarrollo urbano y de vivienda, acceso al transporte público y comunicación, garantizar el desarrollo y la asistencia social, acceso al deporte y la cultura, porción de seguridad jurídica, de concurrencia, todo lo anterior para garantizar la plena inclusión de las personas con discapacidad, dentro de un marco de igualdad en todos los ámbitos de la vida. Sin embargo esta ley no se lleva a cabo, pues el inmueble en donde se llevó a cabo la intervención no hay cambio de infraestructura, aunque si hay un espacio de recreación, dentro del club de ocio los participantes aprenden manualidades, los participantes asisten al espacio por distracción, por el contacto con sus compañeros.

Asimismo, los resultados obtenidos en la investigación coinciden con lo que expreso Caballo (1993) el cual, menciona que las habilidades sociales se adquieren por observación o imitación y se desarrollan con reforzamiento social dependiendo de factores como el sexo, la edad, el estatus o la situación. En donde la edad adulta y las situaciones reales en las que se encontraban los participantes fue determinante para realizar el entrenamiento ya que los temas de sexualidad eran de gran interés y

se habían generado dudas, en etapas anteriores (infancia y adolescencia) para ellos porque sus familias generalmente los reprimían. Asimismo se observó que las mujeres adquirieron mayores conocimientos y habilidades que los hombres.

Asimismo tal como lo menciono Kelly (2000) las habilidades sociales son un conjunto de conductas que favorecen a las personas para poder relacionarse con los demás de forma efectiva y satisfactoria y de esta manera podemos decir que al cumplir con el objetivo de la investigación coincidimos con lo que expreso Kelly ya que a los participantes se les dieron las herramientas para comportarse adecuadamente y poder mantener y relacionarse con la sociedad sin ser rechazados.

De igual manera entrenar a los participantes en habilidades sociales resulta de gran beneficio ya que coincidiendo con lo que menciono Ballester (2002) las habilidades son útiles para toda la vida y al relacionarse con otras personas se cubren las necesidades. Por tal motivo el haber aplicado un programa de habilidades y conocimientos de sexualidad en las personas con discapacidad les ayudo a satisfacer y desarrollar adecuadamente las necesidades personales de aceptación placer y amor.

Sin embargo cabe destacar que en la investigación y de acuerdo con lo que menciona Prette y Prette (2002) las habilidades sociales se van desarrollando desde el nacimiento hasta llegar a tener un amplio repertorio de conductas adecuadas por lo cual el aprendizaje de habilidades sociales en la infancia es el periodo más importante para aprenderlas, por ello resulta importante decir que haber aplicado la intervención en personas adultas con discapacidad dificulto un poco el entrenamiento de estas habilidades ya que los participantes mostraban conductas inadecuadas respecto a la sexualidad.

Pero de acuerdo con lo anterior los datos obtenidos y la evolución que mostraron los participantes fue significativa ya que mostraron comportamientos adecuados y conocimientos de sexualidad lo cual les beneficiara para poder integrarse principalmente a su familia, los cuales les dificultan su desarrollo pleno como personas.

En la investigación además de cumplir con el objetivo general satisfactoriamente modificando la conducta de los participantes para que ellos pudieran interactuar efectivamente dentro de su entorno familiar y con sus pares en el club de ocio, se logró, también, que los participantes eliminaran las conductas inadecuadas, por ello el programa de entrenamiento en el desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual fue una alternativa para que los participantes pudieran tener independencia personal que les posibiliten una autonomía para obtener la autosuficiencia (Verdugo 1997).

De igual forma como menciono Gil y León (1998) en la literatura previa las personas con deficiencias mentales son propensos a ser rechazados y no ser integrados dentro de la sociedad lo cual hace que muestren comportamientos de aislamiento o agresividad, por ello consideramos que las habilidades y conocimientos de sexualidad entrenados en los participantes eliminaran por completo el rechazo y se evitara la falta de oportunidades para ser autosuficientes.

En cuanto a la sexualidad de las personas con discapacidad autores como Núñez (2007) Insa (2005) y Katz (2002) mencionan que la sexualidad es un aspecto importante ya que las personas con discapacidad pueden vivir su sexualidad como todas las personas, por tal motivo la investigación también estuvo dirigida a brindarles habilidades y conocimientos que les ayudaran en su vida diaria para no ser víctimas de discriminación o abuso.

Las personas con discapacidad son seres sexuados, durante toda su vida, por ello tienen derecho de vivir su sexualidad (Núñez, 2007), durante la práctica vimos que las personas con discapacidad han sido privados de sus derechos sexuales, ya que se les ha considerado como niños y niñas, con la intervención los participantes conocieron que la sexualidad es un tema que concierne a todos los seres humanos.

La población a la que se le aplicó la intervención, tenían discapacidad mental leve López (en Insa, 2005), menciono que las etapas evolutivas del desarrollo psicosexual son atravesadas con menores dificultades y como su capacidad intelectual alcanza niveles superiores de desarrollo pueden por lo tanto acceder a la comprensión y

toma de conciencia de sus posibilidades sexuales y así pueden manifestarse con la intencionalidad propia de la sexualidad adolescente. Los participantes, se involucraron en la impartición de la educación sexual, aprendieron contenidos básicos y habilidades que mejoraron el desarrollo adecuado de las necesidades personales.

Sin embargo cabe destacar que en temas de sexualidad los participantes mostraban poca orientación sexual, lo cual resulto complicado por parte de la familia ya que su falta de información hacia que sus hijos, participantes en el programa, no se desarrollaran adecuadamente ya que los sobreprotegían y tenían mitos respecto a la sexualidad afirmando que eran muy chicos para eso, que no era importante porque sus hijos no iban a tener pareja ni hijos, o que se podían comportar mal, etc. Lo anterior se corrobora con las ideas de Piaggio, Espinardi y Mendieta (en Santucci, 2005) los cuales mencionaron que esas ideas errores son infundadas por la sociedad y por la falta de información ya que la misma sociedad cree que las personas con discapacidad no pueden ejercer su sexualidad porque son incapaces.

Cabe destacar que existen múltiples limitantes en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad tal como se mencionó en el capítulo tres (Katz, 2002), por ejemplo Dany por su discapacidad motriz y su falta de apoyo por parte de su familia tal vez no pueda llegar a tener hijos, sin embargo podrá ejercer su sexualidad con una pareja, en el caso de Luis su falta de recursos económicos tal vez le imposibiliten crear una familia pero también podrá vivir su sexualidad, en el caso de Marlen y Lucy los cuales sus edades son mayores a 31 años tal vez no podrán tener hijos ya que su edad reproductiva no es la adecuada para un embarazo y tampoco por falta de apoyos económicos y de su familia pero en el caso de Wendy, Paco y Max podrán ser capaces de vivir con plenitud su sexualidad.

Una barrera que se les impone a las personas con discapacidad es la negación a la educación sexual, ya que se tiene la creencia que son incapaces de tener cualquier tipo relación de pareja, a menudo son guiados con mensajes negativos y prohibiciones (Insa, 2005), cuando se les pidió a los padres de familia el permiso para la intervención, hubo un padre de familia que tenía ideas erróneas sobre

sexualidad, pues concebía a su hijo como un niño eterno, por razones de ética con él no se realizó la intervención, por otra parte algunos padres de familia manifestaron que era importante darles este tipo de conocimientos a sus hijos, ya que en ocasiones ellos no sabían cómo empezar a hablar del tema o como guiarlos de manera correcta.

Otro problema que afecta a las personas con discapacidad está relacionado con las mujeres que sufren deficiencia mental y que por falta de orientación sexual fueron violadas o sufrieron abuso sexual (Katz, 2002). Durante la intervención los participantes también manifestaron algunos de sus sentimientos y hubo 2 participantes que presentaron o sufrieron algún tipo de abuso sexual, consideramos que si esta intervención se hubiera realizado desde que eran niñas posiblemente se hubiera evitado este acontecimiento, sin embargo quizá con esta experiencia y con los conocimientos adquiridos ayudara a que no se presente de nuevo esta situación. Nos basamos en esta afirmación ya que hay autores que defienden esta postura como Piaggio, Espinardi y Mendieta (en Santucci, 2005). La educación sexual debe comenzar en edades tempranas en las personas con discapacidad, porque pasa a través del conocimiento de su propio cuerpo, además que va acompañada de una educación para la vida de relación con los demás (habilidades sociales), para el respeto de las demás personas, de su intimidad y de su cuerpo.

Sin embargo los participantes en el programa obtuvieron las bases en las habilidades y conocimientos para que pudieran ejercer su sexualidad con los comportamientos adecuados y aceptables para la sociedad con responsabilidad y autonomía y también se les dieron temas de sexualidad como evitar abuso, conocer métodos de planificación familia, proceso de menstruación, embarazo, masturbación, etc. Los cuales les beneficiaran para identificar situaciones en las que están en peligro y en las cuales deben mostrar comportamientos adecuados.

Por ultimo de acuerdo con Katz (2002) las personas con discapacidad, al igual que las demás personas, inician su sexualidad desde que nacen, pero cuando aparece la adolescencia se vuelve una situación difícil ya que la edad mental de estos sujetos es equivalente a la de un niño lo que provoca un gran conflicto para sus padres y

para ellos mismos (Katz, 2002), por todo lo anterior fue importante aplicar el entrenamiento ya que los padres de familia, la maestra y los participantes mostraron los cambios significativos en sus comportamiento, así como sus falsas creencias, ya que en la evaluación inicial se mostró que los participantes carecían de orientación sexual por parte de su familia y respecto a la maestra sus objetivos en sus sesiones no abarcaban la educación sexual, por ello el entrenamiento resulto beneficioso ya que se eliminaron falsas creencias y se les dio la oportunidad de vivir con plenitud para integrarse a la sociedad sin que en los padres se generen sentimientos de angustia, ansiedad o temor.

Respecto a la evaluación final se mostraron los avances significativos después de aplicar el programa de entrenamiento, lo cual fue un factor que los padres, la maestra y los propios participantes se vieron favorecidos ya que se eliminaron conductas inadecuadas y se modificaron y reforzaron comportamientos, habilidades y conocimientos de sexualidad.

Con todo lo anterior podemos concluir que aplicar programas de entrenamiento de habilidades sociales en el desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación placer y amor a partir de la información y educación sexual en las personas con discapacidad favorece su integración a la sociedad. Por ello Katz (2002) menciona la importancia de llevar a cabo programas de orientación sexual desde la infancia (aunque muchos adultos, padres o maestros consideran que son pequeños y no saben lo que hacen) y con el paso del tiempo ir reforzándolo en la adolescencia y la adultez, los conocimientos que se adquieran ya que en la adultez se reforzara el sentido de la responsabilidad en la sexualidad para que puedan vivir y ejercerla con plenitud como todas las personas.

CONCLUSIÓN

Las personas con discapacidad desde hace tiempo han sido un grupo vulnerable, porque entre otros factores, no se les brinda la oportunidad de integrarse a la sociedad, ya que la mayoría de estas personas no tienen todas las habilidades sociales para mostrar comportamientos adecuados que les permitan llevar una vida normal. Así mismo esta población al igual que las personas “normales”, también tienen necesidades, entre ellas las de satisfacer su sexualidad de forma plena y con responsabilidad y a pesar de ello existen múltiples factores como la familia, la escuela y la misma sociedad, que impiden el desarrollo de la sexualidad de las personas con discapacidad, teniendo falsas creencias de que son seres asexuados, que todas las personas con discapacidad son iguales, que no pueden ser responsables de sus actos, que carecen de deseos, que son como niños, que no son atractivos y que no pueden casarse o tener pareja.

En nuestra investigación se observó que los participantes contaban con habilidades y solo por mencionar algunas los participantes comprendían mensajes que recibían, escuchaban y observaban a su interlocutor, ejecutaban instrucciones complejas, decían sus datos personales, hacían descripciones de su entorno, relataban experiencias, respondían a quejas, tomaban la palabra, iniciaban y mantenían conversaciones, saludaban y se despedían de otras personas, hacían favores, guardaban secretos y se mostraban sinceros, por todo lo anterior se decidió aplicar un programa en el cual se desarrollaran adecuadamente las necesidades personales de aceptación placer y amor a partir de la información y educación sexual ya que los temas de sexualidad no los manejaban.

Al aplicar un cuestionario semiestructurado se comprobó que los participantes carecían de información y educación sexual, ya que sus respuestas eran erróneas, estaban incompletas, usaban un lenguaje inadecuado o desconocían por completo la sexualidad, pero después de la intervención los participantes fueron capaces de llevar a cabo las conductas adecuadas que les permitían relacionarse con la sociedad de forma correcta ya que lograron adquirir conocimientos necesarios en los temas de sexualidad lo cual les será favorable para establecer relaciones con otras

personas sin que se les rechace. Y asimismo sus comportamientos, lenguaje y habilidades cambiaron de forma significativa.

El programa de entrenamiento que tuvo una duración de tres meses, tres horas cada sesión los días lunes, martes y jueves. Las actividades que se plantearon en el programa resultaron de gran ayuda, pues los participantes tenían interés y se logró su atención, con lo cual se consiguió que se comprendieran los temas y resultado de gran beneficio ya que lo aplicarían en su vida diaria. Al haber aplicado dichas actividades de forma grupal se notaron cambios ya que entre ellos, se mostraba cooperación, aceptación, interacción, socialización, etc. Lo cual serían capaces de exteriorizar no solo en el aula sino fuera de ella y con los conocimientos y habilidades que había aprendido durante la intervención evitarían ser excluidos de la sociedad.

Durante la aplicación del programa la participación de los padres fue indispensable ya que estaban al pendiente de la educación sexual que recibían los participantes por parte de las aplicadoras y les daban las herramientas necesarias que complementaban la adquisición de sus conocimientos, dándoles la oportunidad de adquirir la información para que desarrollaran adecuadamente sus necesidades sexuales.

Con esta investigación se logró que los participantes fueran capaces de adquirir habilidades que les permitieran tener interacción social necesarias para llegar a establecer y mantener relaciones interpersonales. Asimismo la buena relación con la familia y la maestra hicieron posible que se realizara el entrenamiento de forma satisfactoria y muchas de las conductas que los participantes realizaban dentro del aula, los padres en casa, las supervisaban y se responsabilizaba por las actuaciones de sus hijos sin reprimirlos. El contacto con los padres fue continuo y se le informaba en cada sesión lo que se había trabajado y lo que se debía reforzar en casa como por ejemplo la higiene. De este modo los padres observaban los avances en las habilidades y los conocimientos de sus hijos que se iban adquiriendo a lo largo de la intervención.

Al finalizar el programa en el desarrollo adecuado de sus necesidades de aceptación, placer y amor a partir de información sexual, Wendy, Dany, Marlen, Lucy, Luis, Paco y Max obtuvieron habilidades que les ayudaban a mejorar sus interacciones con la sociedad y fueron capaces de participar, mantener higiene, identificar situación de abuso o explotación sexual, actuar adecuadamente en la masturbación, conocer los procesos de menstruación y embarazo, aprender sobre métodos de planificación familiar y pedir ayuda, información u orientación en temas de sexualidad. Estos cambios se percibieron de manera notable ya que al inicio del entrenamiento su reacción ante la sexualidad era de pena, poca participación, pocos conocimientos y habilidades sexuales, pero al finalizar el entrenamiento lograron la autonomía para expresar sus necesidades sexuales sabiendo cómo comportarse y teniendo en cuenta que hay situaciones en las que pueden estar en peligro, o sabiendo que deben tener comunicación con las personas de su entera confianza en todo lo relacionado con su sexualidad, etc.

El programa de intervención se dio de manera progresiva y con ello se pudieron ver resultados favorables ya que al inicio del programa los participantes no se expresaban por temor, porque pensaban que hablar de sexualidad era malo y porque a pesar de que era adultos nadie les había aclarado sus dudas respecto al tema. Sin embargo al finalizar el programa los participantes fueron capaces de demostrar que habían aprendido lo cual se observó en sus respuestas iniciales y finales en los cuestionarios aplicados de sexualidad.

Al haber aplicado la investigación se cumplió con el objetivo principal en el cual se demostró que la participación en un programa de entrenamiento de habilidades sociales incrementa el desarrollo adecuado de las necesidades personales a partir de la información y la educación sexual de las personas con discapacidad, por ello es importante tener en cuenta que aplicar este programa de intervención resulta de gran beneficio dado que se les dará, a las personas con discapacidad, la oportunidad de tener una vida lo más normal posible y se ira eliminado el rechazo o la discriminación por parte de la sociedad. Pero también hay que tener en cuenta que en esta investigación hubieron casos únicos por lo tanto los resultados que se obtuvieron no

se pueden generalizar en nuevas aplicaciones de entrenamiento de habilidades sociales. Por lo anterior se puede concluir que la investigación cumplió sus fines de manera satisfactoria ya que se obtuvieron conductas socialmente aceptables por parte de los participantes con lo cual podrán relacionarse con la sociedad, todo ello se logró con una evaluación inicial y final y con la aplicación del programa de entrenamiento de habilidades sociales en donde se notaron los avances de forma significativa.

Las principales aportaciones que brinda esta investigación a la psicología educativa son:

- Apoyar a las personas con discapacidad para su integración a la sociedad con un programa de habilidades sociales.
- Enseñar conductas funcionales para interacción social y mantenimiento de relaciones interpersonales.
- Apoyar el desarrollo de técnicas que ayuden a las personas con discapacidad a lograr la autonomía y autosuficiencia en los ámbitos: social, familiar y escolar.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En este apartado se describen algunas de las limitaciones respecto a los participantes en el programa, respecto a la escuela, la familia, el programa aplicado y el Psicólogo educativo. Esta investigación presento ventajas significativas para los alumnos, sin embargo se hace una reflexión acerca de las actividades planteadas así como aspectos antes mencionados.

Asimismo se hacen algunas sugerencias para mejorar dichos aspectos.

Adultos:

- ❖ La aplicación del programa se realizó durante la edad adulta, lo cual resulto complicado ya que sus conocimientos respecto a la sexualidad fueron arraigados con errores significativos durante su infancia y adolescencia y al tratar de modificar sus conductas y habilidades hubo resistencia al cambio, por ello se sugiere que el programa se aplique desde la infancia para ir dándoles los conocimientos de poco en poco.
- ❖ Los adultos solo asisten al club porque sus familiares se los piden y porque a ellos les gusta socializar con sus compañeros, sin embargo la mayoría de ellos no aprenden contenidos escolares, dado que es un club de ocio, por ello no muestra avances, además todos los participantes tiene diferentes edades, diferentes discapacidades y diferentes intereses, por tal motivo se sugiere que se haga una valoración de cada uno de ellos para que se les impartan actividades adecuadas a cada participante.

Escuela:

- ❖ El horario escolar así como la asistencia de los alumnos resulta perjudicial ya que no se lleva una continuidad y el horario de tres horas por sesión afecta las actividades que se realizan, además de que los tres días establecidos a la semana no son benéficos para que los alumnos lleven a cabo aprendizajes diarios. Por lo anterior se sugiere que las sesiones estén destinadas los cinco

días a la semana con una planeación adecuada por parte de la maestra, para que los participantes puedan ser más responsables y puedan aprender contenidos escolares que se adecuen a sus necesidades.

- ❖ No existe un plan de trabajo ya que la maestra únicamente trabaja con los materiales que le proporciona el DIF, pero no se lleva a cabo un currículo que ayude a los participantes en el manejo de habilidades y conductas. Además a los participantes únicamente se les pide trabajen manualidades y dado que es un club de ocio los padres los llevan al centro por que el DIF les da ayudas como despensas o becas. Por tal motivo se sugiere que se realicen actividades adecuadas (no solo actividades manuales) y que les beneficie a las personas con discapacidad para que se muestre una evolución en sus conocimientos, en sus habilidades y en sus relaciones con las demás personas.
- ❖ El mobiliario del aula no es adecuado ya que solo tenían una mesa y pocas sillas y por ello se sugiera que se tenga el material y mobiliario adaptado, dado que son personas que tiene discapacidad y para poder moverse dentro del aula se requiere de espacios acordes para llevar a cabo mejor las actividades. Por lo anterior se sugiere que se adecue el mobiliario y se tenga el material necesario para que la profesora pueda realizar su trabajo con sus alumnos.
- ❖ La disponibilidad, preparación y compromiso de la maestra son un factor que beneficia o dificulta los avances de los participantes. En el caso de la maestra, de los participantes, en esta investigación no tenía una preparación como maestra de personas con discapacidad, pero mostraba el interés, compromiso y disponibilidad por los aprendizajes y avances de sus alumnos y esto fue de gran ayuda dado que se le hicieron sugerencias para llevar a cabo su labor docente de una manera más satisfactoria en cuanto a los temas referentes a la sexualidad.

Familia:

- ❖ Es importante que la familia tenga en cuenta las necesidades sexuales de sus hijos ya que sin ello la aplicación de un programa de habilidades sociales resulta poco factible. Cabe destacar que los padres de familia de los participantes no reconocen las necesidades de sus hijos, a pesar de que son adultos, lo cual complico la intervención ya que los padres pidieron omitir ciertos temas por temor a que sus hijos los lleven a la práctica. Por tal motivo se sugiere que se realice un taller de la importancia de la sexualidad en las personas con discapacidad, para los padres de familia, para concientizarlos y mencionarles temas de sexualidad que sus hijos necesitan saber para ser más autónomos e independientes.

- ❖ También es importante que las habilidades no solo se aprendan y apliquen en el aula sino también en la casa, por ello es importante la participación de la familia para supervisar que las habilidades se realicen de manera adecuada para facilitarle a sus hijos una mayor autonomía para que puedan ser aceptados en la sociedad.

Programa:

- ❖ Presenta algunas conductas que generalmente podrían volverse a repetir por ello es importante que se esté atento a todas las conductas antisociales para reforzarlas más. También el programa maneja ciertas actividades que no son adecuadas o los materiales no son suficientes para modificar conductas, por ello se sugiere que se apliquen actividades complementarias para un mejor aprendizaje de conocimientos y conductas de los participantes.

LISTA DE REFERENCIAS

- Alegre, O. M. (2000). *Diversidad humana y educación*. Málaga, España: Aljibe.
- Aranda, R. E. (2000). Áreas curriculares para alumnos con necesidades educativas especiales (n. e. e.) y dificultades de aprendizaje. En: Álvarez, M., Blas, A. M., Martínez, N., Martínez, J. L., Mateos, L. A., Melo, R. M., Olayo, J. M., Fernández, M. S., Vázquez, J. (2002). *Educación especial: Áreas Curriculares para alumnos con necesidades educativas especiales*. Madrid, España: Pearson Educación. Pp. 1-125.
- Baldaro, et. al. (1992) *La sexualidad del deficiente*. Barcelona España: ediciones ceac.
- Ballester, R. y Gil, M. D. (2002). Aspectos generales del entrenamiento de las habilidades sociales. En: Ballester, R. y Gil, M. D. (2002). *Habilidades sociales: evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Síntesis. Pp. 7-36
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Barragán, F. y Bredy, C. (1993). *Niñas, niños, maestros, maestras: una propuesta de educación sexual*. Sevilla, España: Díada.
- Castilla, M. (s. f.). *Aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales. Diferentes Propuestas educativas*. Instituto para el Desarrollo de la Educación Especial. Mendoza, Argentina. Recuperado el: 30 de octubre de 2009. Disponible en: <http://www.feeye.uncu.edu.ar/web/posjornadasinve/area3/Didactica%20de%20GB%20y%20de%20educacion%20especial/300%20-%20%20Castilla%20y%20Sisti%20-%20FEEyE.pdf>
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid, España: siglo XXI.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (1917/2008). México: Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de septiembre de 2008.
- Galán, A. L. (2007). *Entrenamiento de habilidades sociales para niños con autismo. Estudio de caso*. Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Pedagógica Nacional, Distrito Federal, México.
- Gallardo y Salvador (1999). *Discapacidad motorica: aspectos psicoevolutivos y educativos*, Málaga, España: ediciones Alebrije.
- García, I.; Escalante, I.; Escandón, M. C.; Fernández, L. G.; Mustri, A.; Puga, I. (2000). *La integración Educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*. Distrito Federal, México: Secretaría de educación pública.

- Gil, F. y León, J. M. (1998). *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención*. Madrid, España: Síntesis.
- Insa, E. (2005). El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 19, 327-343.
- Jiménez, M. T., González, P. y Martín, J.M. (2002). La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. *Revista Especializada en Salud Pública*. 76 (4), 271-279.
- Kelly, J. (2000). *Entrenamiento de las habilidades sociales: guía práctica para intervenciones*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. (2003/2007). México: Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de noviembre de 2007. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>
- Ley General de Educación*. (1993/2009). México: Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2009. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf>
- Ley General de las Personas con Discapacidad*. (2005/2008). México: Última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 01 de agosto de 2008. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPD.pdf>
- Marchesi, A. (1999). Del lenguaje de la deficiencia a las escuelas inclusivas. En: Marchesi, A.; Coll, C.; Palacios, J. (1999). *Desarrollo psicológico y educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. España, Madrid: Alianza.
- Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades*. Bilbao, España: Mensajero. Pp. 17-32.
- Nuñez, B. (2007). *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Organización de las Naciones Unidas. (1971). *Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental*. Autor.
- Organización de las Naciones Unidas. (1975). *Declaración de los Derechos de los Impedidos*. Autor. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/integracion/ares_3477xxx.htm
- Organización de las Naciones Unidas. (1982). *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Autor. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en:

[http://www.oas.org/dil/esp/Programa de Accion Mundial Resoluci%C3%B3n_37-52_1982.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Programa_de_Accion_Mundial_Resoluci%C3%B3n_37-52_1982.pdf)

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1990). *Declaración Mundial sobre Educación para todos “Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje”*. Jomtien, Tailandia. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.oei.es/efa2000jomtien.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales*. Salamanca, España. Recuperado el 12 de octubre de 2009. Disponible en: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1997). *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CINE*. Recuperado el 15 de mayo de 2009. Disponible en: http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/ISCED_E.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Rehabilitación Basada en la Comunidad Estrategia para la Rehabilitación, la Igualdad de Oportunidades, la Reducción de la Pobreza y la Integración Social de las Personas con Discapacidad Documento de Posición Conjunta*. Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en: http://www.cndisc.gov.ar/doc_publicar/varios/rbc_estrategia.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Autor. Recuperado el 29 de agosto 2009. Disponible en: <http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php>
- Pérez, C y Rubio, E. (2002). *Antología de la sexualidad humana III*. Distrito Federal, México: Porrúa.
- Pérez, I. P. (2000). *Habilidades sociales: educar hacia la autorregulación: conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona, España: Histori.
- Prette, Z. y Prette, A. (2002). *Psicología de la habilidades sociales terapia y educación*. Distrito Federal, México: El manual moderno.
- Roth, E. (1986). *Competencia social: El cambio del comportamiento individual en la comunidad*. Distrito Federal, México: Trillas.
- Sánchez, E. M. (2001). *Principios de educación especial*. Madrid, España: CCS
- Schorn, M. (2003). *La capacidad de la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*, Buenos Aires, Argentina: lugar editorial.

- Secretaría de Educación Pública. (2002). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y la Integración Educativa*. México. Autor. Recuperado el 29 de agosto de 2009. Disponible en: [http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Programa_Nacional_de_Fortalecimiento de Educa](http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Programa_Nacional_de_Fortalecimiento_de_Educa)
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos* (3a. ed.). (R. Fililla, Trad.). Madrid, España: Morata.
- Toledo, M. (1999). *Historia de la atención a la persona "diferente"*. En Toledo, M. (1999). *La escuela Ordinaria ante el niño con necesidades especiales*. Sevilla, España: Santillana.
- Velásquez, C., Montgomery, W., Pomalaya, R., Vega, J., Guevara, W., García, P., Díaz G. (2009). *Habilidades sociales y filosofía de vida en alumnos de secundaria con y sin participación en actos violentos de lima metropolitana*. 12 (1), 69-82. Recuperado el 20 de noviembre de 2009: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/Investigacion Psicología/v12_n1/pdf/a06v12n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/Investigacion_Psicologia/v12_n1/pdf/a06v12n1.pdf)
- Verdugo, M. A. (1997). *PHS programa de habilidades sociales: programas conductuales alternativos*. Salamanca, España: Amarú.

ANEXOS

Anexo 1 .Carta de Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo (a) _____, participe en el entrenamiento de habilidades y conocimientos sobre sexualidad, llevado a cabo por la C. María Fernanda Figueroa Ortiz y la C. Alejandra Ramírez Varela pasantes de la Licenciatura en Psicología Educativa, con el objetivo de desarrollar adecuadamente las necesidades personales de los participantes a partir de la información y la educación sexual, mediante la aplicación de *un Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales*, que sirva de apoyo a mi hijo (a).

- Dicho programa se divide en tres fases: A) aplicación de una entrevista estructurada, detectar mediante observaciones las habilidades sociales con las que cuenta el participante, así como las necesidades que presenta, aplicar un cuestionario sobre sexualidad B) aplicación del programa de habilidades sociales y C) la valuación del programa mediante un cuestionario de conocimientos de sexualidad
- Así mismo, autorizo a que se lleven a cabo las actividades necesarias para apoyar la evaluación y la planeación del Programa Educativo, y que se proporcione información al profesor de grupo sobre los logros de mi hijo.

Es de mi conocimiento que este trabajo es de carácter educativo, que la información proporcionada es confidencial, que el programa se realizará durante los meses marzo, abril y mayo, los días lunes, martes y jueves en sesiones con duración de 2 horas por día, y en un horario acordado con el profesor para no interferir con las actividades planeadas. Que las personas responsables del Programa Educativo se comprometen a proporcionarme la información necesaria sobre los aspectos que se trabajarán y el progreso de mi hijo (a), y que tengo derecho a renunciar a la participación de mi hijo (a) en el momento en que lo decida, sin ningún problema.

Atentamente,

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha

Anexo 2. Cuestionario inicial y final sobre conocimientos de sexualidad

1. ¿Qué es sexualidad?
2. ¿Qué diferencia hay entre el hombre y la mujer?
3. ¿Qué cambios corporales tiene la mujer y el hombre durante la adolescencia?
4. ¿Cuál es la forma correcta de mantener tus órganos sexuales limpios?
5. ¿Cuándo te cambias lo haces a solas o en presencia de alguien?
6. Piensa en una situación en la que un hombre que está solo (vecino, desconocido) invita a una niña a pasar a su casa, piensa ¿Qué le puede pasar a la niña? ¿Si alguien te quiere tocar o te obliga a hacer cosas que no quieres, qué medidas tomarías?
7. ¿Sabes que es la masturbación?, ¿masturbarse es normal?, ¿si le masturbas lo haces en privado o en público? ¿la masturbación es mala o buena?
8. ¿Sabes cómo se forma y nace un bebe?
9. ¿Sabes que es un método anticonceptivo?, ¿cómo cuál?
10. ¿Sabes que es la menstruación?
11. ¿Sabes cuáles son los lugares en donde te puedan dar información sobre sexualidad?

Anexo 3. Hoja de registro

PROGRAMA	OBJETIVO GENERAL:																							
	OBJETIVO ESPECIFICO:																							
GRUPO	OBJETIVO OPERATIVO:																							
NOMBRE	LÍNEA BASE			ENTRENAMIENTOS																				
Fecha:																								
Ensayos y sesiones																								

Anexo 4. Objetivos extraídos del programa de habilidades sociales

OBJETIVO GENERAL 1

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL REQUERIDOS PARA QUE EL ALUMNO PARTICIPE EN CONVERSACIONES

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.1 habilidad de observación, recepción y escucha necesaria para comunicarse con otras personas.

1.2 Habilidad para manifestar información apropiada sobre sí mismo y sobre su entorno"

1.3 Habilidades de autoexpresión y respuesta a los otros

1.4 Habilidades necesarias para mantener conversaciones con otras personas

OBJETIVOS OPERATIVOS

1.1.1. Muestra conductas verbales y no verbales de "escucha activa" a su interlocutor.

1.1.2. Realiza/ejecuta instrucciones complejas que le da otra persona.

1.1.3. Da muestras de comprensión de los mensajes que recibe o expresa claramente que no comprende lo que escucha.

1.1.4. Identifica y diferencia situaciones de acuerdo a los tipos de comunicación que puede establecer (Por ejemplo: en una tienda, con un amigo, con un adulto desconocido...).

1.1.5. En el transcurso de conversaciones, identifica e interpreta

Emociones y sentimientos en las otras personas en base a su expresión verbal y no verbal.

1.1.6. Durante la conversación, observa a sus interlocutores, identifica e interpreta indicios para continuar, cambiar el tono de la conversación, cortar...

1.2.1. Dice sus datos personales: nombre y apellidos, dirección, teléfono, edad, fecha de nacimiento...

1.2.2. Dice los nombres y datos de interés (ocupación, lugar de trabajo...) de los miembros de su familia.

1.2.3. Dice el nombre y dirección de su Colegio, Taller, Club de ocio...

1.2.4. Dice el nombre y algún dato personal de personas allegadas: amigos, compañeros, profesores...

1.2.5. Relata experiencias, acontecimientos, sucesos... vividos por él mismo.

1.2.6. Hace descripciones del entorno físico, natural, y social más cercano.

1.3.1. Hace peticiones y/o ruegos a otras personas.

1.3.2. Da instrucciones complejas a otras personas.

1.3.3. Comunica a otras personas sus propios deseos, opiniones, intenciones...

1.3.4. Comunica a otras personas, mediante expresión verbal y no verbal, sus propias emociones., sentimientos...

1.3.5. Rechaza peticiones poco razonables que le hacen otras personas.

1.3.6. Pide a otras personas que cambien su conducta en un momento determinado.

1.3.7. Expresa críticas a la conducta de otras personas.

1.3.8. Responde a acusaciones, quejas, reclamaciones... justas e injustas que otras personas le hacen sobre su conducta.

1.4.1. Hace preguntas a otras personas y responde a las preguntas que otros le hacen.

1.4.2. Identifica y expresa gestos sociales que acompañan al lenguaje oral.

1.4.3. Inicia y/o termina conversaciones con otras personas.

1.4.4. Toma y cede la palabra cuando mantiene una conversación con otra/s persona/s.

1.4.5. Utiliza expresiones verbales de cortesía y buena educación, cuando mantiene conversaciones con otras personas.

1.4.6. Mantiene una charla/conversación con otras personas sobre un tema de su interés.

1.4.7. En el transcurso de una conversación, cambia de tema cuando es oportuno.

1.4.8. Se une y participa en la conversación que mantienen otras personas.

1.4.9. Durante una conversación emite mensajes enunciativos, interrogativos, exclamativos, de mandato.

1.4.10. Cuando mantiene conversaciones con otras personas, muestra consistencia entre su expresión verbal (contenido) y no verbal (expresión facial, tono de voz...).

1.4.11. Utiliza expresión verbal y no verbal de acuerdo al interlocutor y la situación.

1.4.12. Participa en conversaciones de grupo, pide la palabra, escucha sin interrumpir, respeta los turnos de intervención...

1.4.13. Habilidades de autoexpresión y respuesta a los otros.

1.4.14 Habilidades necesarias para mantener conversaciones con otras personas

OBJETIVO GENERAL 2

HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL NECESARIAS PARA QUE EL ALUMNO LLEGUE A ESTABLECER Y MANTENER RELACIONES INTERPERSONALES.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1 Repertorios de conducta necesarios para iniciar, establecer, y mantener una relación interpersonal

2.2 Desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y amor a partir de la información y educación sexual

OBJETIVOS OPERATIVOS

2.1.1. Saluda de forma adecuada a distintas personas de su entorno social.

2.1.2. Se presenta, identificándose, ante personas desconocidas y en las situaciones adecuadas.

2.1.3. Presenta a sus acompañantes.

2.1.4. Se mantiene a la distancia apropiada cuando habla con otras personas.

2.1.5. Se despide de distintas personas de su entorno social.

2.1.6. Cuando se relaciona con otras personas, actúa según las reglas habituales de cortesía.

2.1.7. Hace afirmaciones positivas de sí mismo ante otras personas.

2.1.8. En situaciones apropiadas, hace elogios y cumplidos a otras personas, y responde adecuadamente ante los elogios y cumplidos que le hacen otras personas.

2.1.9. Muestra la conducta adecuada ante personas que le insultan y ofenden.

2.1.10. Concierta una cita con distintas personas de su entorno social.

- 2.1.11. Llega puntual a citas y reuniones que previamente ha fijado con otras personas.
- 2.1.12. Cuando lo necesita, pide ayuda y consejo a otras personas.
- 2.1.13. Hace favores y presta ayuda a otras personas cuando éstas lo necesitan o se lo piden directamente.
- 2.1.14. Cuando ha cometido un fallo/error, acepta su responsabilidad y expresa disculpas a las personas que están con él.
- 2.1.15. Responde de modo apropiado a las críticas que le hacen.
- 2.1.16. Expresa de forma adecuada, sentimientos y afectos positivos y negativos hacia otras personas, y responde adecuadamente ante los sentimientos de otras personas hacia él.
- 2.1.17. Expresa adecuadamente a los demás sus estados de ánimo.
- 2.1.18. Guarda secretos y confidencias que le han hecho otras personas.
- 2.1.19. Muestra desacuerdo ante decisiones, actuaciones u opiniones de otras personas, exponiendo las razones de su desacuerdo.
- 2.1.20. Se muestra sincero en sus relaciones con otras personas.
- 2.2.1. Participa espontáneamente y con naturalidad en conversaciones sobre sexualidad.
- 2.2.2. Identifica y nombra los órganos sexuales masculinos y femeninos utilizando los nombres correctos.
- 2.2.3. Identifica los campos corporales que se producen en mujeres y hombres desde la infancia hasta la pubertad y edad adulta.
- 2.2.4. Mantiene la higiene y cuidado adecuado de los órganos sexuales.
- 2.2.5. Guarda intimidad con sus funciones sexuales, evitando la práctica en público.
- 2.2.6. Intenta, de modo adecuado, establecer relaciones y buscar la compañía de personas que le atraen sexualmente.
- 2.2.7. Muestra un comportamiento sexual, socialmente aceptable en sus relaciones con personas de ambos sexos.
- 2.2.8. Sabe cómo defenderse y evita las relaciones con personas que pretenden abusar de él y explotarlo sexualmente.
- 2.2.9. Conoce qué es la menstruación.
- 2.2.10. Conoce el proceso de la menstruación.
- 2.2.11. Conoce el proceso de la fecundación, embarazo, su interrupción (aborto) y el parto.
- 2.2.12. Conoce los métodos de planificación familiar más utilizados en su entorno social
- 2.2.13. Identifica las enfermedades venéreas, sus causas, síntomas, tratamientos y consecuencias.
- 2.2.14. Identifica y considera las relaciones sexuales como resultado de amor, cariño y afecto entre las personas
- 2.2.15. Conoce los Servicios de la Comunidad (Centros de Salud, Centros de Orientación Familiar...) donde puede encontrar información, ayuda y orientación sobre aspectos relacionados con la sexualidad.

OBJETIVO GENERAL 3

HABILIDADES SOCIALES "INSTRUMENTALES" QUE POSIBILITEN EN EL ALUMNO UN FUNCIONAMIENTO LO MÁS AUTÓNOMO POSIBLE DENTRO DE LA SOCIEDAD.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.1 Conocimiento y utilización del dinero
- 3.2 Conocimiento y utilización de los mecanismos apropiados para dar

y obtener información sobre Servicios, actividades,... etc. de la Comunidad.

3.3 Cumplimentación de impresos y redacción de escritos y documentos de utilidad para el alumno

OBJETIVOS OPERATIVOS

- 3.1.1. Identifica y utiliza monedas hasta \$5 pesos
- 3.1.2. Identifica y utiliza monedas hasta \$10 pesos.
- 3.1.3. Identifica y utiliza monedas y billetes hasta \$20 pesos.
- 3.1.4. Identifica distintos tipos de tiendas y establecimientos comerciales y nombra lo que se vende en cada una de ellas.
- 3.1.5. Identifica situaciones y establecimientos (distintos de las tiendas) donde se utiliza el dinero (bar, Cine, Transportes...).
- 3.1.6. Hace recados y sencillas compras en tiendas próximas a su domicilio.
- 3.1.7. Realiza compras en autoservicios.
- 3.1.8. Realiza compras complejas en distintos establecimientos comerciales.
- 3.1.9. Utiliza máquinas automáticas para comprar.
- 3.1.10. Planifica los gastos u organiza el presupuesto de acuerdo con su disponibilidad económica
- 3.1.11. Ahorra dinero con el deseo y propósito de conseguir algo determinado a medio o largo plazo.
- 3.1.12. Reclama de modo adecuado, cuando le cobran erróneamente o le dan algo defectuoso o en mal estado.
- 3.1.13. Utiliza adecuadamente los servicios Bancarios cuando los necesita.
- 3.2.1. Interpreta el calendario, y pregunta y dice correctamente la fecha del día.
- 3.2.2. Asocia la hora del reloj con distintas actividades que realiza diariamente, pregunta y dice correctamente la hora que es.
- 3.2.3. Estando en la calle, solicita la información que necesita.
- 3.2.4. Localiza y utiliza las oficinas, cabinas y servicios de información ubicados en distintos establecimientos y servicios públicos.
- 3.2.5. Da de forma clara y precisa las informaciones que le solicitan.
- 3.2.6. Utiliza el teléfono para solicitar información sobre distintos servicios.
- 3.2.7. Utiliza el periódico para obtener información sobre distintas actividades, acontecimientos y servicios de su localidad.
- 3.2.8. Solicita una entrevista, y responde a las informaciones que le demandan.
- 3.2.9. Da un aviso o recado por teléfono, y deja un mensaje en un contestador automático.
- 3.2.10. Consulta la Guía del Ocio de su ciudad para informarse de actividades y acontecimientos.
- 3.2.11. Maneja y utiliza la Guía de Calles de su ciudad para obtener la información que necesita.
- 3.2.12. Interpreta y responde a informaciones gráficas (paneles, tableros, horarios, planos...) y escritas (carteles, avisos, indicadores, instrucciones...).
- 3.3.1. Rellena impresos con sus datos personales y familiares.
- 3.3.2. Rellena impresos para enviar un paquete o carta certificados.
- 3.3.3. Rellena un impreso para ingresar o retirar dinero en los

Servicios Bancarios.

3.3.4. Escribe una nota, aviso o recado cuando lo necesita

3.3.5. Escribe una carta solicitando algo que necesita o agradeciendo algo que ha recibido.

3.3.6. Redacta telegramas y rellena los impresos para enviarlos.

3.3.7. Identifica los carnets, cartillas y documentos que utiliza habitualmente, y rellena impresos con los datos contenidos en ellos.

OBJETIVO GENERAL 4

REPERTORIOS DE CONDUCTA ADECUADOS PARA QUE EL ALUMNO ASISTA, PARTICIPE Y SE INTEGRE EN ACTOS SOCIALES Y RECREATIVOS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.1 Asistencia y participación en actos públicos y celebraciones familiares, escolares y sociales

4.2 Empleo adecuado y provechoso del ocio y tiempo libre, y asistencia a lugares de diversión y recreativos

OBJETIVOS OPERATIVOS

4.1.1. Permanece quieto y callado en los lugares públicos en los que es necesario: Conferencia, Teatro,...

4.1.2. Asiste y participa activamente en las celebraciones y acontecimientos escolares.

4.1.3. Invita y/o visita a familiares, amigos y vecinos, comportándose adecuadamente.

4.1.4. Se comporta correctamente cuando asiste a fiestas de cumpleaños, bodas, ...

4.1.5. Felicita, da la enhorabuena/pésame,... en las situaciones apropiadas.

4.1.6. Visita a compañeros, familiares y amigos enfermos, interesándose por su estado y comportándose adecuadamente.

4.1.7. Se comporta cívicamente cuando asiste a actos públicos masivos en la calle (procesiones, desfiles,...) o en recintos cerrados (estadios, recitales,...).

4.1.8. Asiste y participa en reuniones de vecinos, asociaciones, clubes...

4.2.1. Emplea parte de su tiempo libre en actividades en solitario:

Juegos didácticos, trabajos manuales y artísticos, colecciones de objetos, escuchar música, lectura de libros y revistas,...

4.2.2. Se entretiene con juegos de mesa típicos: cartas, parchís, dominó, lotería...

4.2.3. Sale con otros amigos al parque, de paseo,...

4.2.4. Realiza alguna actividad física durante su tiempo libre: piscina, bicicleta, marchas,...

4.2.5. Frecuenta Bares, Cafeterías, Restaurantes,...

4.2.6. Participa en juegos de grupos cooperativos y competitivos obedeciendo las normas y reglas establecidas.

4.2.7. Va al baile/discoteca con un grupo de amigos.

4.2.8. Va al cine o teatro con amigos y amigas de su misma edad

4.2.9. Asiste a una Biblioteca o Ludoteca Pública 4.2.10. Participa en actividades deportivas, culturales y recreativas de barrio, pueblo/ciudad: exposiciones, competiciones, fiestas,...

4.2.10. Utiliza el periódico y consulta la Guía del Ocio para informarse de espectáculos y actos recreativos.

4.2.11. Planifica por sí mismo y/o de acuerdo con sus amigos o amigas su tiempo libre.

4.2.12. Se comporta adecuadamente en los lugares públicos de ocio y diversión, mostrando en todo momento conductas cívicas y de convivencia.

OBJETIVO GENERAL 5

CONDUCTAS NECESARIAS PARA QUE EL ALUMNO CONOZCA Y UTILICE LOS SERVICIOS DE LA COMUNIDAD.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

5.1 Conducta vial adecuada como peatón, como usuario de transportes/viajero y como conductor de bicicletas

5.2 Conocimiento y utilización de los medios de comunicación social: prensa, radio y televisión

5.3 Conocimiento y utilización de Servicios Municipales y Comunitarios

OBJETIVOS OPERATIVOS

5.1.1. Cuando se desplaza en grupo con otras personas, respeta los consejos de circulación peatonal.

5.1.2. Cuando se desplaza solo por la ciudad/pueblo utiliza adecuadamente la acera.

5.1.3. Cuando se desplaza a pie por la carretera respeta las normas y consejos de circulación peatonal en carretera.

5.1.4. Responde rápidamente ante señales acústicas y luminosas que le avisan y previenen en su marcha.

5.1.5. Realiza un cruce de calle con paso de peatones señalado (normal y cebra) siguiendo los consejos y normal de circulación vial.

5.1.6. Realiza un cruce de calle regulado por semáforo siguiendo las normas y consejos de circulación vial.

5.1.7. Realiza un cruce de calle regulado por un agente de tráfico siguiendo las indicaciones del agente.

5.1.8. Realiza un cruce de calle sin semáforo y sin paso de peatones señalado, siguiendo las normas y consejos de circulación vial.

5.1.9. Realiza un cruce de carretera siguiendo las normas y consejos de circulación vial.

5.1.10. Ante la presencia de vehículos de urgencia, responde facilitando su paso.

5.1.11. Se desplaza a pie por calles y carreteras mostrando conductas de prudencia y precaución ante el tráfico rodado y respetando las señales de circulación peatonal.

5.1.12. Cuando viaja en coche particular sube y baja del coche de modo apropiado.

5.1.13. Cuando viaja en un automóvil/transporte particular, muestra la conducta adecuada durante el trayecto.

5.1.14. Identifica las señales indicativas de parada de autobús, y discrimina la señal de la línea de autobús que habitualmente utiliza.

5.1.15. Espera al autobús.

5.1.16. Sube al autobús.

5.1.17. Muestra la conducta adecuada durante el trayecto, cuando utiliza autobuses urbanos.

5.1.18. Desciende del autobús.

5.1.19. Lee y comprende los letreros indicadores e informativos colocados dentro del autobús.

- 5.1.20. Comprende e interpreta señales informativas sobre el recorrido del autobús y guías de transportes urbanos.
- 5.1.21. Planifica sobre un mapa o plano los autobuses que ha de utilizar para llegar a un punto determinado previamente fijado.
- 5.1.22. Utiliza el autobús de modo correcto, respetando las normas de seguridad establecidas y mostrando conductas cívicas de cortesía y ayuda.
- 5.1.23. Compra el billete para coger el tren o autocar.
- 5.1.24. Sube al tren.
- 5.1.25. Muestra una conducta adecuada durante el viaje en tren o autocar.
- 5.1.26. Consulta una guía/horario de trenes y autocares.
- 5.1.27. Toma un taxi en las situaciones que es necesario.
- 5.1.28. Conoce e interpreta las señales de tráfico necesarias para circular en bicicleta
- 5.1.29. Cuando circula en bicicleta hace los gestos adecuados para indicar las maniobras que va a realizar.
- 5.1.30. Conduce la bicicleta respetando las señales de tráfico, y mostrando conductas de prudencia y precaución.
- 5.2.1. Conecta y desconecta, sintoniza y sabe utilizar los mandos de radio y TV
- 5.2.2. Diferencia la publicidad y los distintos tipos de programas de radio y TV: informativos y noticiarios, recreativos y de entretenimiento, infantiles, de adultos y para todos los públicos.
- 5.2.3. Diferencia distintos tipos de publicaciones: revistas infantiles, revistas de adultos, periódicos.
- 5.2.4. Ojea y/o lee publicaciones infantiles y las revistas más habituales en su entorno familiar y social.
- 5.2.5. Diferencia las secciones o partes en que se divide un periódico.
- 5.2.6. Utiliza el periódico o revistas para obtener información sobre horarios y programación de radio y TV.
- 5.2.7. Cuando está interesado por alguna noticia, suceso o acontecimiento, busca información en prensa, radio y/o TV
- 5.2.8. Identifica y ojea y/o lee los periódicos más habituales de su entorno familiar y social.
- 5.3.1. Utiliza el teléfono particular.
- 5.3.2. Utiliza el teléfono público.
- 5.3.3. Utiliza la Guía de teléfonos y los Servicios de información para buscar y solicitar números de teléfono
- 5.3.4. Envía tarjetas postales y cartas poniendo el nombre y dirección del destinatario y remitente.
- 5.3.5. Utiliza los Servicios de Correos para enviar cartas o paquetes certificados y giros postales.
- 5.3.6. Utiliza la Guía del Código postal
- 5.3.7. Envía telegramas.
- 5.3.8. Solicita los Servicios
- 5.3.9. Utiliza los servicios de la Policía Nacional o Autonómica.
- 5.3.10. Utiliza los Servicios Sanitarios en las situaciones en que los necesita
- 5.3.11. Sabe cuándo y cómo ha de utilizar y recurrir al Servicio de Bomberos
- 5.3.12. Conoce las Corporaciones Locales y Comunidad Autónoma a las que pertenece su localidad, y utiliza los servicios que prestan

- 5.3.13. Identifica los símbolos indicadores, lee e interpreta los letreros y carteles que indican e informan de los distintos Servicios de la Comunidad.
- 5.3.14 Utiliza y discrimina los distintos Servicios comunitarios.

OBJETIVO GENERAL 6

DESARROLLO PROGRESIVO DEL SENTIDO CÍVICO Y LA CONCIENCIA CIUDADANA DE MODO QUE SE FACILITE EL BIENESTAR SOCIAL DEL ALUMNO Y SU CONVIVENCIA CON EL ENTORNO SOCIAL Y NATURAL.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 6.1 Actitudes y conductas cívicas y de convivencia, y respeto de las normas y costumbres sociales del medio entorno"
- 6.2 Conocimiento de medidas habituales de seguridad y de formas de actuar en situaciones de emergencia
- 6.3 Información básica y práctica respecto al consumo

OBJETIVOS OPERATIVOS

- 6.1.1. Espera su turno en los sitios en que es adecuado hacerlo.
- 6.1.2. Muestra conductas de cortesía y buena educación en distintas situaciones.
- 6.1.3. Utiliza las papeleras en calles, parques y locales públicos.
- 6.1.4. Respeta las normas y prohibiciones establecidas en lugares públicos.
- 6.1.5. Pide permiso y/o se excusa ante otras personas en las situaciones en que es adecuado hacerlo.
- 6.1.6. Se comporta cívicamente en lugares de gran afluencia de personas.
- 6.1.7. Cuando está en la calle o en lugares públicos, presta ayuda a las personas que lo necesitan.
- 6.1.8. Comparte y presta sus objetos personales.
- 6.1.9. Se comporta democráticamente en los grupos.
- 6.1.10. Colabora en la conservación y mantenimiento de los lugares públicos y de común utilización, y participa activamente en la mejora del medio ambiente.
- 6.1.11. Muestra conductas de solidaridad, tolerancia, respeto... hacia otras personas.
- 6.2.1. Respeta las normas de seguridad y prevención de accidentes en el Centro.
- 6.2.2. Toma las medidas adecuadas de prevención y autoprotección en el hogar y actúa adecuadamente ante una emergencia.
- 6.2.3. Respeta los consejos y normas de seguridad, y las señales e indicaciones de peligro establecidas en lugares públicos y de común utilización.
- 6.2.4. Evita lugares y personas potencialmente peligrosas, se protege y defiende ante asaltos, intimidaciones...
- 6.2.5. Ante una situación de peligro o emergencia propia o ajena, pide ayuda a las personas idóneas.
- 6.2.6. Actúa correctamente ante un accidente o enfermedad grave.
- 6.2.7. Respeta las medidas, consejos de prevención, y actúa adecuadamente ante un incendio.
- 6.2.8. Respeta las medidas de seguridad necesarias para prevenir inundaciones y escapes de gas.

- 6.2.9. Actúa correctamente en situaciones de emergencia producidas en edificios de afluencia pública masiva: Grandes Almacenes, Discotecas, Cines...
- 6.2.10. Presta la ayuda necesaria a otras personas en situaciones de emergencia.
- 6.2.11. Actúa correctamente en situaciones de peligro producidas en la calle y lugares públicos.
- 6.3.1. Ahorra energía (teléfono, agua, luz...) en lugares públicos y de común utilización.
- 6.3.2. Interpreta (lee y comprende) los envases y etiquetas de productos alimenticios y textiles.
- 6.3.3. Conoce sus derechos como consumidor y usuario y los exige de modo correcto al realizar compras o utilizar servicios.
- 6.3.4. Al comprar y utilizar servicios, valora las ofertas y elige lo más adecuado.
- 6.3.5. Reclama y/o denuncia del modo adecuado los abusos, daños o perjuicios que se le causen como consumidor.
- 6.3.6. Muestra una actitud crítica ante la publicidad que se le ofrece en prensa, radio, TV, y catálogos informativos.
- 6.3.7. Utiliza los Servicios de la Comunidad que protegen y defienden al Consumidor: Instituto Nacional del Consumo, Consejería de Consumo, Oficina Municipal de Información al Consumidor, Asociaciones de Consumidor

Anexo 5. Entrevista estructurada

Fecha _____

I. Datos generales

1. Datos de la persona

- a) Nombre _____
- b) Edad _____
- c) Sexo _____
- d) Fecha de nacimiento _____

2. Domicilio particular de la familia _____

- a) Teléfono _____

3. Personas que viven con la persona:

- a) Madre _____
- b) Padre _____
- c) Ambos _____
- d) Otros _____

Si no viven el padre y la madre con la persona, especifique la causa

4. Datos del padre:

- a) Nombre _____
- b) Escolaridad _____
- c) Ocupación _____
- d) Teléfono _____
- e) Horario de trabajo _____
- f) Ingresos mensuales aproximados _____

5. Datos de la madre

- a) Nombre _____

- b) Escolaridad _____
- c) Ocupación _____
- d) Teléfono _____
- e) Horario de trabajo _____
- f) Ingresos mensuales aproximados _____

6. ¿Tiene hermanos la persona?

- a) No _____
- b) Si _____

IV. Comportamiento de la persona

1. Describa la manera de ser de la persona con respecto a:

a) Socialización (¿le gusta estar con otras personas, prefiere los adultos, o tiende a aislarse?) _____

b) Agresividad (¿agrede a las personas sin motivo, destruye materiales?) _____

c) Obediencia (¿es obediente? ¿bajo que condiciones?) _____

d) Nivel de actividad (¿es exageradamente inquieto o pasivo?) _____

e) Nivel de atención (¿es capaz de concentrarse en alguna actividad?, ¿aproximadamente cuánto tiempo?) _____