



UNIVERSIDAD PDAGÓGICA NACIONAL

“Propuesta de intervención para el mejoramiento de habilidades motoras, sociales y comunicativas en una joven con discapacidad motriz e intelectual”

MODALIDAD DE TESIS

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

POR

Viridiana Espinosa Ramírez matricula: 07686401.

ASESORA:

Maestra Alma Rodríguez Castellanos

[JUNIO 2014.]

SEP

SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA



"2014, Año de Octavio Paz"

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
COMISIÓN DE TITULACIÓN
DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

México, D.F., a 11 de junio 2014

DICTAMEN DE TRABAJO RECEPCIONAL

C: ESPINOSA RAMÍREZ VIRIDIANA

PRESENTE

La Comisión de Titulación tiene el agrado de comunicarle que habiéndose aprobado su trabajo de tesis:

**"PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE
HABILIDADES MOTORAS, SOCIALES Y COMUNICATIVAS EN UNA JOVEN CON
DISCAPACIDAD MOTRIZ INTELECTUAL"**

Está autorizado para su impresión.

Así mismo, se le informa que se requieren cuatro ejemplares impresos y un CD formato (PDF) que deberán entregarse a esta Comisión, y dos CD formato (PDF) para la Biblioteca de esta institución.

ATENTAMENTE

Dra. Claudia López Becerra
Presidente de la Comisión
de Titulación

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

A dios que me ha heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo "sus padres".

A MIS PADRES:

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional siendo para mí la mejor herencia.

A mi madre que es el ser más maravilloso de todo el mundo.

Gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde niña me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi padre porque desde pequeña ha sido para mí un gran hombre maravilloso al que siempre he admirado.

Gracias por guiar mi vida con energía, esto ha hecho que sea lo que soy.

Con amor, admiración y respeto.

A MI HERMANO ISMAEL:

Quien la ilusión de su vida ha sido verme convertida en una mujer de provecho.

A LA MAESTRA ALMA RODRIGREZ CASTEYANO:

Por su paciencia, apoyo y esfuerzo en este logro que es de ambas con mucho cariño y respeto.

A MIS SINODALES:

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

Gracias.

A LA SEÑORA SOCORRO Y A XIMENA:

A quien jamás encontraré la forma de agradecer su apoyo, comprensión y confianza esperando que comprendan que mis logros son también suyos e inspirados en ustedes, hago de este un triunfo y quiero compartirlo por siempre con ustedes.

Con amor y respeto infinito.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS:

Porque gracias a su cariño, apoyo y confianza he llegado a realizar dos de mis más grandes metas en la vida. La culminación de mi carrera profesional y el hacerlos sentirse orgullosos de esta persona que tanto los ama.

Con todo el amor de mi Alma.

INDICE.

INTRODUCCION:.....	6
1.1 CAPITULO Discapacidad motriz: antecedentes y definición	9
1.2 Desarrollo físico.....	11
1.3 El desarrollo del cerebro	12
1.4 Etiología de la discapacidad motriz.....	13
1.4.1 Características o tipos de la discapacidad motriz.	16
1.5 Desarrollo de personas con discapacidad motriz.....	18
1.5.1 Discapacidad y psicomotricidad.....	20
1.5.2 Importancia de la psicomotricidad.....	21
1.6 Pedagogía y psicomotricidad.....	24
1.6.1 Factores físicos dentro de la psicomotricidad	26
1.7 Discapacidad intelectual:	32
1.7.1 definición y antecedentes.	32

1.8	Etiología de la discapacidad intelectual.	42
1.8.1	Características o tipos de la discapacidad intelectual.	47
1.9	<i>Desarrollo de los niños y de los adolescentes con discapacidad intelectual y motriz.</i>	51
1.10	Desarrollo de habilidades en personas con discapacidad motriz e intelectual.	52
1.11	Habilidades del lenguaje y del habla:.....	53
1.12	Características de las habilidades motoras, sociales, comunicativas.....	56
Capítulo 2	64
2.1	Educación para adultos y discapacidades intelectuales y del desarrollo.	64
2.2	Cuestiones sobre la esperanza de vida	66
2.3	Habilidades básicas sociales y de adaptación en los adultos.....	67
2.4	La intervención psicopedagógica en adultos con discapacidad intelectual y del desarrollo.....	69

2.5 Evaluación de la conducta Adaptativa en personas con Discapacidades	
Inventario para la planificación de servicios y programación individual (ICAP).....	71
PROCEDIMIENTO.	77
Fase 1 Reporte de las Necesidades Educativas Especiales.....	78
Fase 2 Diseño y elaboración del programa.....	81
Fase 3. Desarrollo de la aplicación de la intervención “mejora de las habilidades sociales motoras y comunicativas en una joven con discapacidad intelectual y motriz”	91
Fase 4 Diseño, aplicación y evaluación del programa de intervención “Cómo lograr mejorar las habilidades sociales motoras y comunicativas en una joven con discapacidad motriz e intelectual”.....	93
CONCLUSIONES:.....	99
Habilidades desarrolladas como Psicólogo Educativo.	100
Alcances y limitaciones:.....	101

Propuestas de seguimiento y mantenimiento del programa	102
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	104
Anexo 1	108
Anexo 2:	111
Anexo 3.	112
ANEXO 4 “Propuesta de intervención para el mejoramiento de habilidades motoras, sociales y comunicativas en una joven con discapacidad motriz e intelectual”.....	113

INTRODUCCION:

El presente trabajo de investigación trata de una intervención psicopedagógica realizada a una persona con Discapacidad Intelectual y motriz, con el objeto de fortalecer o crear habilidades, sociales, motoras y comunicativas donde se requiera el apoyo necesario.

Analizar los alcances y limitaciones permite que cualquier persona que presente estas características, pueda tomar como base este programa con la finalidad de mejorar su calidad de vida dentro del entorno que la rodea; y desarrollar diferentes destrezas dentro de su propio contexto.

Como el título del trabajo lo indica trata de un mejoramiento de una persona con una inhabilitación física o intelectual, la metodología de este proyecto va enfocada directamente al área cognitiva teniendo como referencia diversos factores que han estudiado las formas de organizar el desarrollo global en las personas que presentan una discapacidad Intelectual y motriz, un ejemplo sería el Modelo teórico de Discapacidad Intelectual, pues en este se muestra la propuesta del 2002 la AAID (Asociación Americana sobre discapacidad intelectual).

Para este modelo tanto el ambiente como la cultura influyen de una forma trascendental en aquellos procesos que se encuentran con limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta de estos individuos se toma como justificación del proyecto, ya que las cinco dimensiones propuestas abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar, los apoyos que permiten mejorar su funcionamiento... asimismo, se plantean dimensiones independientes de Inteligencia y de conducta, además se extiende la dimensión de Salud para incluir la salud mental, desapareciendo las consideraciones psicológicas y emocionales.

Al mismo tiempo consta con un marco referencial que contiene dos capítulos esenciales, ambos explican tanto el desarrollo físico, la etiología y los distintos factores de la DI y motriz.

El capítulo uno se enfoca en los antecedentes primordiales de la discapacidad motriz e intelectual, está compuesto por 12 apartados el primero menciona el desarrollo físico de un individuo el objetivo de este es entender y vincular el proceso físico y neurológico que se lleva a cabo, también se puede observar a detalle una descripción sobre el desarrollo del cerebro, ya que este codifica la información que recibe, y de cómo las neuronas constituyen un elemento esencial dentro del funcionamiento; se observan también las causas de la discapacidad motora y como las funciones cerebrales pueden influir directamente a través de los nervios, en el tercer apartado; habla de los distintos tipos de discapacidades así como los distintos trastornos que suelen afectar la motricidad de un individuo ocasionando algún tipo de discapacidad.

El capítulo 2 está compuesto por 5 apartados en este capítulo se puede leer todo lo referente a la educación para los adultos con discapacidad intelectual y del desarrollo, así como la importancia que tiene la esperanza de vida y como la discapacidad puede ser una condición y que no solo está relacionada con una insuficiencia cognitiva, también se observan los desafíos que pueden aparecer cuando un adolescente o adulto padece algún tipo de discapacidad y sobre las necesidades que requieren de aprender estos individuos, las prácticas inclusivas pueden incluir el estilo de vida de la familia y las condiciones sociales.

En el apartado tres de este segundo capítulo se puede observar todas las habilidades básicas que sirven para el buen funcionamiento de la adaptación en un sujeto que presenta estas características, es decir habla sobre las estrategias que son necesarias para el buen funcionamiento de la adaptación social en el cual se desarrolla.

En el siguiente apartado se explica con más profundidad porque es de suma importancia realizar una intervención psicopedagógica, y como un conjunto de actividades y materiales permiten a la participante tener una atención personalizada, este apartado propone pautas para lograr cumplir los objetivos

necesarios de esta intervención y a su vez va dirigido a las personas que presenten algún tipo de necesidad educativa especial (NEE).

El programa consta de cuatro fases; la primera fase hace referencia a la integración de datos que permitieron evaluar las habilidades cognitivas del participante.

Con la información que se obtuvo se realizó el concentrado de los datos, estos fueron recolectados para el funcionamiento de la segunda etapa es decir la segunda fase que es la intervención, en esta ya se muestra el reporte psicopedagógico que fue otorgado a la directora del plantel, donde se presentó dicho proyecto.

La fase tres. Discute sobre el desarrollo y aplicación del programa; en esta fase se plasman las cuatro áreas (Social, motora gruesa, motora fina y comunicativa), se muestra de una forma descriptiva; y se explica de una forma detallada cada una de las actividades realizadas.

Finalmente se dan a conocer los resultados obtenidos dentro de la fase cuatro, durante el proceso de intervención. Estos resultados permitieron observar los alcances y limitaciones que se tuvieron del programa.

MARCO REFERENCIAL.

1.1 CAPITULO Discapacidad motriz: antecedentes y definición

El presente capítulo se enfoca en los antecedentes primordiales de la discapacidad intelectual (DI) comenzando por el desarrollo físico e intelectual el objetivo de este es entender y vincular el proceso neurológico que se lleva a cabo en una persona con Discapacidad intelectual y motriz, de como repercute directamente en el comportamiento y actitudes, cabe mencionar que el desarrollo físico de estas personas, influye de manera significativa en el comportamiento de aquellos procesos adaptativos básicos dentro del contexto.

Entendiendo por discapacidad intelectual (DI) como las limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa expresada en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

Históricamente y tomando las aportaciones de Gine (2007), las personas que presentaban algún tipo de discapacidad eran llamadas retrasadas mentales porque eran incapaces de adaptarse socialmente a su entorno, más adelante con el auge del modelo clínico se varió el objetivo de la definición que paso entonces a centrarse en los síntomas y las manifestaciones clínicas de diversos síntomas y síndromes, no es que se dejará atrás el lado social, sino que se prestó más atención a los aspectos orgánicos y patológicos de la discapacidad intelectual, fue hasta el año de 1959 que en aquel entonces la AAMD (American, Association on mental deficiency) reconociera que ambos componentes son de suma importancia en el componente de la discapacidad intelectual (DI) : el bajo funcionamiento intelectual y las dificultades de la conducta adaptativa.

Es por ende que en el siguiente apartado, se habla y se describe el desarrollo físico con el objetivo de comprender y ampliar la información y que a su vez permitan

comparar aquellas conductas funcionales de un individuo que presente una Discapacidad intelectual.

1.2 Desarrollo físico.

Moya (1986 citado en Sánchez, 2001), comenta que el desarrollo físico tiene una gran importancia, ya que el cuerpo constituye una base orgánica en la que se va a asentar la personalidad infantil y de los años posteriores en el individuo. El cuerpo es el instrumento que permite realizar los procesos adaptativos básicos del medio exterior y el canal de comunicación con los demás seres humanos. El esquema corporal será pues el punto de partida sobre el que va a iniciarse la construcción de la personalidad.

Hasta que no hace su aparición la función semiótica o capacidad de representación mental, la adaptación del niño que posteriormente se convertirá en adulto depende de la posibilidad de utilización de su sensoriomotricidad y por consiguiente de su físico.

La capacidad perceptivo motriz, considerada en su sentido, más amplio, asienta sus bases en el desarrollo del sistema nervioso y se considera como el puente de enlace fisiológico y lo psicológico, y en este sentido se habla de psicomotricidad como el sistema de movimientos espontáneos del ser humano, además de los que se originan en su interacción con los estímulos precedentes de su ambiente natural, o de su propio cuerpo y que dependen de la información que le ofrezcan sus procesos perceptivos.

El desarrollo sensoriomotor se produce de acuerdo con dos principios de progresión:

- 1) Céfalocaudal, según el cual el desarrollo procede de la cabeza a las partes inferiores del cuerpo. Se evidencia, por ejemplo, en el hecho de que el niño controla los músculos de la cabeza mucho antes de controlar los de las piernas para poder ponerse en pie.
- 2) Proximodistal, según el cual el desarrollo procede desde la parte central del cuerpo hasta las partes periféricas. Se evidencia, por ejemplo, en el hecho de que el niño controla antes los movimientos globales de los brazos y mucho más tarde los precisos movimientos de los dedos.

El desarrollo físico constituye la base sobre la que se establece el desarrollo psicológico, aunque éste sea bastante independiente de las características físicas. El crecimiento del cuerpo es un fenómeno complejo, que presenta una problemática (Moya, ibíd).

1.3 El desarrollo del cerebro

Las neuronas, constituyen el elemento esencial del sistema nervioso. Su número es muy elevado, y de sitúa entre cien mil millones y un billón. Lo curioso es que ese número se alcanza ya en la vida intrauterina y no va a aumentar a lo largo de la vida, en contra de lo que sucede con otras células del cuerpo. En efecto además de las neuronas están las neuroglías que sirven de apoyo a las células nerviosas, transmitiéndoles alimentación de la sangre, y que fabrican la mielina, un elemento esencial en el cerebro (Smith, 2007).

Las neuronas que constituyen la llamada <sustancia gris> del cerebro, emiten y reciben informaciones que se transmiten a lo largo de la sinapsis, bien de forma química y en forma de impulsos eléctricos. La <sustancia blanca> está constituida por esas conexiones y los elementos de apoyo (CONAFE, 2010).

La corteza frontal del cerebro es la responsable de la ejecución y planificación del movimiento en el individuo. Y el sistema motor es uno de los que más ha evolucionado en el ser humano: podríamos decir que gran parte de la actividad de nuestro cerebro está dirigida a desarrollar y potenciar el sistema motor. El cerebelo es uno de los órganos imprescindibles dentro del sistema motor, si queremos llevar a cabo movimientos armoniosos, precisos y bien adaptados a la dinámica ambiental. Esto demuestra la importancia del cerebelo en todo tipo de habilidades motrices, incluyendo los aspectos memorísticos de tales habilidades.

El cerebelo participa en la trayectoria, precisión y adecuación de un movimiento al objetivo deseado, debido, entre otras razones, a sus conexiones con la corteza

frontal y las áreas parietales posteriores y occipitales anteriores. También tiene una enorme importancia en el control, adecuación, direccionalidad, ajuste y fijación de la mirada, adaptando las señales vestibulares, oculomotoras y visuales, al objeto en cuestión. Por último, diferentes autores han concedido importancia a la acción del cerebelo en la integración de diferentes secuencias sucesivas de los movimientos. Así, es capaz de desarrollar patrones motores anteriores al siguiente movimiento, lo que facilitaría enormemente la automatización y velocidad de movimientos complejos que exijan una secuencia fija y determinada.

La posibilidad de que las personas tengan que repetir movimientos para acertar con las dianas elegidas, el equilibrio y la precisión de movimientos favorecerá la maduración del cerebelo (Olds, 2006).

1.4 Etiología de la discapacidad motriz

El cerebro es una especie central de comunicaciones que regula absolutamente todo, es el órgano capital del sistema nervioso. Gracias a él funciona gran parte del cuerpo humano y la mente humana. Sin embargo cuando se presenta alguna lesión cerebral puede generar algún tipo de discapacidad, ya sea intelectual, física o ambas las causas de estas lesiones pueden ser diversas y se encuentran relacionadas a problemas tales como: la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento, pueden ser causadas por una lesión medular como consecuencia de accidentes (accidentes de tráfico, por ejemplo) o problemas del organismo (Olds 2006).

Trayendo como consecuencia problemas en su desarrollo físico e Intelectual, principalmente en la conducta y forma de vida que estos individuos presentan.

Esto se debe a que las funciones cerebrales envían información al cuerpo a través de los nervios, sobre cómo moverse, aprender y actuar ya que el cerebro es una especie de gran ordenador central que controla la vida de un individuo se ocupa que el cuerpo funcione de manera óptima en actividades como andar, agarrar

objetos y almacenar información, es decir el cerebro es el motor de nuestro comportamiento.

En apenas 1.300 gramos de peso se almacenan emociones y conductas. El cerebro es una especie de central de comunicaciones que regula absolutamente todo, es el órgano capital del sistema nervioso. Gracias a él funciona nuestro cuerpo y también nuestra mente (Gispert, 2008).

Dichas funciones cerebrales envían información al cuerpo a través de los nervios sobre cómo moverse y porque es necesaria la interpretación adecuada de las sensaciones que llegan a él. Se comenzará explicando que el cerebro cumple con tres principales funciones.

a) La parte Sensitiva. El cerebro es capaz de sentir determinados cambios o estímulos del interior del organismo, el medio interno (como un dolor de estómago); también fuera de él, es decir, el medio externo (por ejemplo, una gota de lluvia que cae en la mano o el perfume de una rosa).

b) la parte Integradora. La información sensitiva se analiza, se almacenan algunos aspectos y se toman decisiones de la conducta a seguir.

c) la parte Motora. Es la respuesta que el cerebro organiza a partir de los estímulos; por ejemplo, contracciones musculares, movimientos o secreciones glandulares como la salivación al ver un alimento. El sistema nervioso está compuesto por: neuronas estas funciones que manda el cerebro permite realizar un funcionamiento más adecuado en el cuerpo humano (CONAFE, 2010).

Es decir que todas las contracciones musculares, movimientos corporales, y el funcionamiento adecuado a la hora de realizar una actividad; la motricidad es la que se encarga de ello, al ser un proceso cognitivo se infiere que las células que forman el sistema nervioso central. Se encuentran en el cerebro y en la médula espinal. Su principal tarea es recibir y enviar información, decirnos y hablarnos sobre nuestro cuerpo y ambiente, y cómo producir y dirigir nuestras acciones y pensamientos.

A través del movimiento se activan tendones, ligamentos articulaciones y músculos que tienen memoria y que al ejercitarse nos van llevando a la autonomía y dominio del movimiento corporal (Suaréz,2001).

Es el movimiento el que estimula la tenacidad muscular, la flexibilidad, la postura, el equilibrio, la destreza y en general permite al individuo a desarrollar ciertas actividades.

Es en el año de 1980 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisa los paradigmas médico-orgánicos en torno a la salud y la enfermedad (etiología, patología y manifestación), momento hasta el cual predomina la idea que la deficiencia era algo aceptable estático y permanente y causado por una enfermedad que no podía ser curable, y que se da a conocer un nuevo paradigma basado en la consecuencia de la enfermedad; ofreciendo una clasificación internacional que determina una nueva manera de evaluar, tratar y rehabilitar a las personas, se trata de una nueva forma de clasificar las consecuencias de la enfermedad que tiene el individuo mismo; en su forma de vida, en su relación con su entorno . Se presenta un manual con “clasificaciones internacionales” de “deficiencias, discapacidades y minusvalías” (CIDDM), donde aparecen las definiciones básicas y relativas a estos conceptos (Parra, 2012):

❖ Deficiencia: toda pérdida o anormalidad de una 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 de actividad en la forma o dentro del margen que considere normal para un ser humano.

❖ Minusvalía: una situación con mucha desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en una función de la edad, del sexo y de factores sociales y culturales.

Atendiendo estas tres clasificaciones, el diagnóstico de una persona que presenta discapacidad deberá formularse atendiendo a la deficiencia que la origina a las

consecuencias que pueden derivar en minusvalía. Así pues con esta clasificación se modifica la forma de darles atención y tratamiento (ibíd.).

En 1982 la ONU, aprueba el programa de acción mundial para las personas con discapacidad en las que se aportan tres nuevas definiciones que completan la anterior clasificación realizada por la organización realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en 1980 (‘ibídem):

❖ **Prevención:** adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias, físicas mentales y sensoriales (medidas primarias), o impedir que las deficiencias, cuando se han producido no tengan consecuencias físicas y psicológicas negativas.

❖ **Rehabilitación:** proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con una deficiencia alcance un nivel físico y mental, y/o social óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

Si se toma en cuenta las clasificaciones internacionales sobre las diferentes discapacidades y las funciones que determinan

1.4.1 Características o tipos de la discapacidad motriz.

La discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse

de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. La discapacidad motriz se clasifica en los siguientes trastornos según CONAFE (2010):

1. Trastornos físicos periféricos. Afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Se presentan desde el nacimiento (por ejemplo, algunas malformaciones de los huesos), o bien, son consecuencias de enfermedades en la infancia (como la tuberculosis ósea articular). Algunos accidentes o lesiones en la espalda dañan la médula espinal e interrumpen la comunicación de las extremidades (brazos y piernas) hacia el cerebro y viceversa.

1. Trastornos neurológicos. Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo.

Origina dificultades en el movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro.

Por su parte, la parálisis cerebral se clasifica con base en sus características funcionales y en la ubicación de las alteraciones de la movilidad en el cuerpo. Se consideran tres tipos de parálisis cerebral con base en la funcionalidad del movimiento (Mondragón, 2009):

- a) Espasticidad: presentan movimientos rígidos, bruscos y lentos; pueden estar atrofiados los músculos empleados para la alimentación y el habla, los de la boca y rostro, por ello algunos tienen problemas para alimentarse o para hablar.
- b) Atetosis: presentan movimientos excesivos que van de la hiper extensión (brazos o piernas muy estirados) a la lesión total o parcial; también hay movimientos involuntarios en los músculos utilizados para hablar, lo que origina gestos exagerados.

- c) Ataxia: presentan dificultades para medir su fuerza y dirigir sus movimientos; alteraciones en la postura, en las reacciones de equilibrio y falta de coordinación de los brazos; algunos también tienen problemas para succionar, deglutir y respirar. Además, pueden presentar dificultades para realizar movimientos precisos o en el aprendizaje de nuevos patrones de movimiento (Mondragón, 2009).

La parálisis cerebral es el trastorno motor más común en los niños de edad escolar. Constituye una anomalía de la función motora debida a un defecto, lesión o enfermedad no evolutiva del sistema nervioso central, contenido en la cavidad craneana; ocurre durante el desarrollo neurológico temprano y con frecuencia se asocia a diversos trastornos de la esfera neuropsíquica, sensorial y del lenguaje (CONAFE, 2010).

Ahora bien, los cambios en los movimientos se clasifican con base en las áreas del cuerpo afectadas:

- a) Monoplejía. Un solo miembro del cuerpo.
- b) Diplejía. Afecta las extremidades inferiores (piernas)
- c) Triplejía. Afecta un miembro superior (un brazo) y las extremidades inferiores (piernas).
- d) Hemiplejía. Afecta el lado derecho o izquierdo del cuerpo.
- e) Cuadriplejía. Afecta las cuatro extremidades del cuerpo (brazos y piernas) (Mondragón, 2009).

1.5 Desarrollo de personas con discapacidad motriz

Es importante mencionar que se debe hablar primeramente de las primeras etapas del desarrollo en un individuo y de esta manera comprender lo que sucede con las personas adultas que se encuentran con algunas limitaciones ya sean físicas e intelectuales y a su vez ver el origen de estas , un ejemplo claro son las personas que presentan una situación de discapacidad motora, pues estas pueden

presentarse con encefalopatías no progresivas desde etapas tempranas, pues su comienzo puede iniciar antes del parto o durante él, o en la infancia temprana, y que obstaculiza o impide el desarrollo motor normal. Teniendo una serie de características físicas, derivadas directa o indirectamente de su alteración neurológica. Tomando como resultado ciertas habilidades motrices en forma más lenta y/o distorsionada e incluso que no las adquieran.

Además pueden tener otras alteraciones del Sistema Nervioso Central que originen convulsiones, comprometan sus sentidos especiales, su capacidad de aprendizaje y razonamiento, su conducta y sus relaciones interpersonales (Gispert, 2008).

Las personas con discapacidad motriz y principalmente originada por una parálisis cerebral (daño al cerebro) experimentan otros cambios o problemas asociados. No siempre ocurren estos problemas, pero es necesario conocerlos para su descubrimiento, porque impiden el aprendizaje.

- Dificultades visuales. Algunos niños sufren problemas de agudeza visual; también dificultades para enfocar objetos (por ejemplo, en ocasiones los ven borrosos o en sus ojos hay movimientos involuntarios), para comprender las distancias (por ejemplo, ven objetos más lejos de lo que están) y para ubicar su cuerpo en el espacio es decir no tienen una buena ubicación dentro de su entorno.
- Estrabismo. No mueven adecuadamente uno de los ojos o se les va hacia un lado, lo que les dificulta enfocar objetos.
- Pie varo o valgo. Deformación en la articulación del tobillo, que ocasiona limitaciones en el andar.
- Anemia. Algunas personas con parálisis cerebral sufren problemas para la asimilación de los nutrientes y están bajos de peso.
- Infecciones de vías respiratorias (CONAFE, 2010).

En cambio cuando se llega a la etapa de la adolescencia esta se caracteriza por poseer una gran disposición para realizar actividades físicas recreativas, y dentro de su discapacidad cuentan con una gran independencia de sí mismo, lo que los hace tener una cierta confianza en enfrentar la vida, son vulnerables a la actividad física pues no le temen a esta, y desean sentirse útil e incorporarse a la sociedad en cuanto a todas las actividades que se realizan y las que su deformidad les permita realizar (Caride , 1997 en Gispert, 2008) .

Su nivel de pensamiento en cuanto a la actividad físico-recreativa es mostrarse con gran entusiasmo con sus compañeros , se muestran cohesionados cuando están realizando las actividades tanto físicas como recreativas, se motivan con las actividades que se le orientan, son fieles a sus líderes y organizadores siempre que estos sean ejemplos y conozcan sus particularidades y situación social.

Dando como resultado una madurez cognitiva, que en las anteriores etapas no se muestra, en el siguiente apartado se sintetizarán los axiomas y cambio de conducta, desde la óptica de la metodología del enfoque sistemático referido al marco de la discapacidad intelectual.

En esta parte del documento se analizará la metodología del área psicomotora y al mismo tiempo se describirán las consecuencias que se obtienen con las reacciones motrices y conductuales.

1.5.1 Discapacidad y psicomotricidad.

Smith (2001) hace mención a que determinadas reacciones motrices pueden ser causa de alguna discapacidad, llevando como consecuencia inapropiadas reacciones en el desarrollo psicomotor; dando como propuesta alternativa un espacio donde se pueda condicionar y dotar de materiales apropiados para favorecer el área psicomotora.

La motricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad, integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial (Kagan, 1979).

El término “psicomotricidad” se da a conocer en un congreso de París, Francia, en 1920 por el Dr. Ernest Dupréé, quien le da un enfoque terapéutico. Por otra parte, un monje nómada, L'epep, reunía niños, con problemas de aprendizaje a través de actividades físicas (sin nombre), aprovechaba los beneficios del movimiento para favorecer el aprendizaje, que es lo que hoy en día el psicomotricista en la educación primaria, pide al profesor su programa académico y favorece el cálculo, lenguaje, socialización, etc. a través de métodos y técnicas que cumplen con dicho rol. (Larraz y Figueroa, 1988).

Le Bouch implementa la educación psicomotriz en los años cuarenta y en los cincuenta, con el neurodesarrollo nace en educación primaria (Berruazo, 2009). Sus fundamentos pedagógicos, se basan en la filosofía de la educación como pedagogía activa, en la psicología unitaria de la reestructuración recíproca como dinámica del grupo (Larraz y Figueroa, 1988).

1.5.2 Importancia de la psicomotricidad.

Según Berruazo (2009) la psicomotricidad es un enfoque de la intervención educativa o terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que le lleva a centrar su actividad e interés en el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, estimulación, aprendizaje, etc.

La psicomotricidad en los adultos se utiliza de manera cotidiana, los niños la aplican corriendo, saltando, jugando con la pelota, mientras que el adulto la utiliza para favorecer sus necesidades básicas, como, vestirse, comer, escribir, moverse etc. Se pueden aplicar diversos juegos orientados a desarrollar la coordinación, el equilibrio

y la orientación, entre otras áreas y nociones espaciales y de lateralidad como arriba-abajo, derecha-izquierda, delante-atrás. En síntesis, podemos decir que la psicomotricidad considera al movimiento como medio de expresión, de comunicación y de relación del ser humano con los demás, desempeña un papel importante en el desarrollo armónico de la personalidad, puesto que el individuo no solo desarrolla sus habilidades motoras; la psicomotricidad le permite integrar las interacciones a nivel de pensamiento, emociones y su socialización (Berruazo, 2009).

En 1960, el concepto “psicomotricidad” llega a México como información, pero es hasta 1972, cuando la Reforma Educativa de Educación Integral lo esquematiza en tres esferas de la comunicación perfectamente equilibradas; por lo que cuando una de esas se desnivela, se afecta el aprendizaje del niño (Larraz y Figueroa, 1988).

En los primeros años de vida, la Psicomotricidad juega un papel muy importante, porque influye valiosamente en el desarrollo intelectual, afectivo y social del niño favoreciendo la relación con su entorno y tomando en cuenta las diferencias individuales, necesidades e intereses de los niños y las niñas (Olds, 2006).

A nivel motor, le permitirá al niño dominar su movimiento corporal. A nivel cognitivo, permite la mejora de la memoria, la atención y concentración y la creatividad del niño. A nivel social y afectivo, permitirá a los niños conocer y afrontar sus miedos y relacionarse con los demás (Berruazo, 2009).

Las áreas de la Psicomotricidad son:

1. Esquema Corporal
2. Lateralidad
3. Equilibrio
4. Espacio
5. Tiempo-ritmo
6. motricidad gruesa.
7. motricidad fina.

Esquema Corporal: Es el conocimiento y la relación mental que la persona tiene de su propio cuerpo (Berruazo, 2009).

El desarrollo de esta área permite que los niños se identifiquen con su propio cuerpo, que se expresen a través de él, que lo utilicen como medio de contacto, sirviendo como base para el desarrollo de otras áreas y el aprendizaje de nociones como adelante-atrás, adentro-afuera, arriba-abajo ya que están referidas a su propio cuerpo (Olds, 2006).

Lateralidad: Es el predominio funcional de un lado del cuerpo, determinado por la supremacía de un hemisferio cerebral. Mediante esta área, el niño estará desarrollando las nociones de derecha e izquierda tomando como referencia su propio cuerpo y fortalecerá la ubicación como base para el proceso de lectoescritura. Es importante que el niño defina su lateralidad de manera espontánea y nunca forzada (Berruzo, 2009).

Equilibrio: Es considerado como la capacidad de mantener la estabilidad mientras se realizan diversas actividades motrices. Esta área se desarrolla a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior (Berruzo ,2009).

Estructuración espacial: Esta área comprende la capacidad que tiene el niño para mantener la constante localización del propio cuerpo, tanto en función de la posición de los objetos en el espacio como para colocar esos objetos en función de su propia posición, comprende también la habilidad para organizar y disponer los elementos en el espacio, en el tiempo o en ambos a la vez. Las dificultades en esta área se pueden expresar a través de la escritura o la confusión entre letras . (L y Olds 2006).

Tiempo y Ritmo: Las nociones de tiempo y de ritmo se elaboran a través de movimientos que implican cierto orden temporal, se pueden desarrollar nociones temporales como: rápido, lento; orientación temporal como: antes-después y la estructuración temporal que se relaciona mucho con el espacio, es decir la conciencia de los movimientos, ejemplo: cruzar un espacio al ritmo de una pandereta, según lo indique el sonido (Ods 2006, p.257).

Motricidad: Está referida al control que el individuo es capaz de ejercer sobre su propio cuerpo. La motricidad se divide en gruesa y fina, así tenemos:

a. Motricidad gruesa: Está referida a la coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar, etc.

b. Motricidad fina: Implica movimientos de mayor precisión que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir, etc (Berruzo ,2009)

1.6 Pedagogía y psicomotricidad

Diversos autores han estudiado formas de organizar los espacios y los materiales para potenciar el desarrollo global de la motricidad, como el acondicionamiento de los patios de recreo (Larraz y Figueroa, 1988).

Piaget (1936) sostiene que mediante la actividad corporal el niño piensa, aprende, crea y afronta sus problemas, lo que lleva a Arnaiz (1994) a decir que esta etapa es un período de globalidad irrepetible y que debe ser aprovechada por planteamientos educativos de tipo psicomotor, debiendo ser este:

[...] una acción pedagógica y psicológica que utiliza la acción corporal con el fin de mejorar o normalizar el comportamiento general del niño facilitando el desarrollo de todos los aspectos de la personalidad.

Los materiales deben de responder a los objetivos marcados en función del desarrollo evolutivo con la finalidad de trabajar el progresivo conocimiento de sí mismo. Y será el mismo cuerpo del paciente un medio o recurso y un marco de referencia a lo largo de toda la etapa de la intervención. Pues ciertamente, el cuerpo permite sus propias vivencias y a la vez utilizarlo como recurso propio en el conocimiento de su corporalidad, como fuente productora de sensaciones –como el dolor y el placer o para su propia identificación personal.

La psicomotricidad es la que ha subrayado la importancia de este proceso y ha dado las claves para entenderlo mediante unos indicadores que son, básicamente, la coordinación (expresión y control de la motricidad voluntaria), la función tónica, la

postura y el equilibrio, el control emocional, la lateralidad, la organización espacio-temporal, el esquema corporal, la organización rítmica, las praxias, la grafo motricidad, la relación con los objetos y la comunicación (a cualquier nivel: tónico, postural, gestual o verbal) (Boscaini 1994).

La psicomotricidad justifica su existencia tanto en el paralelismo psicomotor que se observó en los pacientes psiquiátricos ya a finales del pasado siglo (cualquier cambio inducido psicológicamente repercutía en el aspecto corporal de los pacientes y viceversa), como en la condición verdaderamente psicomotriz del sujeto humano sobretudo hasta la edad de 7 años aproximadamente. Efectivamente, hasta esta edad en que el niño adquiere el pensamiento operatorio concreto que le da acceso a los aprendizajes escolares instrumentales, existe una absoluta unidad entre motricidad e inteligencia, y al mismo tiempo esta unión durará hasta la edad adulta y está llevará la acción al pensamiento. Algunos maestros de la psicología genética como Wallon (1942) y Piaget (1936 citados en González, 1997) se dieron cuenta de ello, pues afirmaban que el pensamiento nace de la acción para volver a ella y sostenían que mediante la actividad corporal el niño piensa, aprende, crea y afronta los problemas. Al mismo tiempo se da en esta etapa privilegiada de la vida un predominio general de la vida afectiva que afecta a cualquier actividad del individuo. Esta etapa de globalidad es irrepetible y debe ser aprovechada por planteamientos educativos de tipo psicomotor (Arniz, 1994, en Vaca, 1996).

La psicomotricidad no puede reducirse a un simple método, se trata más bien de un peculiar modo de acercamiento al niño y a su desarrollo posterior de otras etapas, lo que va a generar una forma característica de ser y de actuar del profesional encargado de ponerla en práctica.

Esta persona ha de contar con una fundamentación teórico-práctica en el ámbito del desarrollo y de los trastornos psicomotrices, así como sus implicaciones a otros niveles, pero, lo que es más difícil, ha de haber construido una actitud personal de disponibilidad corporal que posibilite al adulto, a través de la relación con él, expresarse mediante sus actos, sus dificultades, sus temores, su forma de ser y de resolver situaciones, sus emociones, sus deseos y sus posibilidades de desarrollo.

Evidentemente, esta actitud no puede aprenderse si no se siente, se percibe, se expresa, se representa y se asimila una amplia experiencia psicomotriz vivenciada a partir del propio cuerpo (Arniz, 1994,) citado en Vaca, 1996).

García Núñez & Fernández Vidal (1994) mencionan que la psicomotricidad es una habilidad o conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica". Pero si reducimos la psicomotricidad a la mera técnica, a esa forma peculiar de entender al individuo y de actuar o situarse frente a él, nunca se logrará hacer ciencia (quizás no haya porqué hacerla). Una ciencia necesita definir su objeto, sus límites, su metodología y sus contenidos de una forma coherente y ofrecer líneas de investigación claras, definidas en términos aceptables para la comunidad científica.

1.6.1 Factores físicos dentro de la psicomotricidad

La psicomotricidad se trata de algo referido básicamente al movimiento, pero con connotaciones psicológicas que superan lo puramente biomecánico. La psicomotricidad no es el movimiento por el movimiento, para desarrollar únicamente aspectos físicos del mismo (agilidad, potencia, velocidad, etc.), sino algo más, o algo distinto: el movimiento para el desarrollo global del individuo” (Berruazo, 2009).

El objetivo de la psicomotricidad es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas (del individuo en su globalidad) a partir del cuerpo, lo que lleva a centrar su actividad e investigación sobre el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello: disfunciones, patologías, educación, aprendizaje, etc.

El campo de actuación se centra en dos flancos diferentes, uno que se preocupa del cuerpo pedagógico, donde se encuentra la actividad educativa/reeducativa del psicomotricista con un determinado propósito: lograr llevar al individuo hasta la consecución de sus máximas posibilidades de desarrollo, de habilidad, de autonomía y de comunicación. En la otra vertiente, la psicomotricidad se preocupa

del cuerpo patológico, y se realiza una actividad rehabilitadora/terapéutica que se orienta hacia la superación de los déficit o las inadaptaciones que se producen por trastornos en el proceso evolutivo provocados por diversas causas, orgánicas, afectivas, cognitivas o ambientales. De cualquier modo, se trata, nuevamente, de llevar al sujeto hacia la adaptación, la superación de sus dificultades y la autonomía. Así pues, "la educación psicomotriz gira principalmente en torno a algunos temas específicos referidos a la experiencia vivida que parten del cuerpo para llegar, mediante el descubrimiento y uso de diversos lenguajes (corporal, sonoro-musical, gráfico, plástico, etc.), a la representación mental, al verdadero lenguaje y específicamente: a la emergencia y elaboración de la personalidad del sujeto, de su 'yo' como fruto de la organización de las diferentes competencias motrices y del desarrollo del esquema corporal, mediante el cual el individuo toma conciencia del propio cuerpo y de la posibilidad de expresarse a través de él; a la toma de conciencia y organización de la lateralidad; a la organización y estructuración espacio-temporal y rítmica; y a la adquisición y control progresivo de las competencias grafomotrices en función del dibujo y la escritura. Estos son los requisitos necesarios para un aprendizaje válido y constituyen la trama de cualquier educación psicomotriz, experimentada en términos vivenciales y funcionales. (Boscaini, 1994).

Tono Muscular

"El tono debe ser considerado en su importancia fundamental porque, siendo el punto de referencia esencial para el individuo en la vida de relación, biológica, psicológica e incluso en la toma de conciencia de sí mismo, especifica una de las diferencias fundamentales que distinguen al ser vivo del ser no vivo" (Boscaini 1993, p. 29).

Es decir el tono muscular se refiere a que si los músculos se exhiben cuando se encuentran en un estado de reposo, esto va a manifestar la acción de las unidades motoras donde se desarrollan los músculos que movemos al realizar una

actividad física. Por otra parte, el tono muscular, es un estado de tensión constante y mantenida de los músculos estriados, es lo que mantiene la postura y posibilita el movimiento, su preparación, su ejecución, su ajuste, su mantenimiento, su transformación; ésta sería su función puramente motriz. Como base del movimiento configura las actitudes volviéndose intermediario entre el acto y la situación (interna o externa) que lo desencadena; esta sería su función cognitiva, ideomotriz, ligada a la atención o reactividad cerebral. Además, el tono, tiene una función afectiva que es la regulación de las emociones.

La tensión o distensión corporal guarda una estrecha relación, que nace de la experiencia evolutiva posibilitada por el equipamiento y la configuración neurológica del ser humano, con la vivencia y expresión de las emociones. "Esquemáticamente se podría decir que el tono que va a organizarse a nivel postural [axial] está en gran parte ligado a la vida primitiva, a los deseos primarios, a la vida emocional, a la comunicación, al equilibrio, a la confianza y a la estabilidad de sí mismo tanto en el plano motor como en el psicológico; la organización tónica a nivel periférico es sobre todo la expresión de la vida cognitiva, asume un valor objetivo, es el indicador de la capacidad de control de sí mismo, de resolver los problemas de la vida y de la adaptación a la realidad. De esta manera, el tono representa al mismo tiempo una dimensión involuntaria pero también voluntaria del individuo, indica la realidad interna y externa del sujeto, expresa siempre el pasado, el presente y la anticipación del futuro. Es, en definitiva, el substrato, además de la función motriz, de los procesos emocionales y relacionales. Sin embargo, es preciso aclarar que la función tónica sola no basta para permitir al individuo ser un sujeto de comunicación; es preciso considerar tres elementos como indispensables para ello: la postura, el tono y el movimiento." (Boscaini 1993).

El tono (la tensión o distensión) y los reflejos arcaicos, junto a los recursos sensoriales, son los instrumentos de partida del recién nacido que, sobre la base de un programa genético que va desarrollándose, suponen el comienzo de un proceso individual de crecimiento, maduración y desarrollo. El crecimiento se refiere a los aspectos cuantitativos de la evolución (el aumento en tamaño), la maduración se refiere a los aspectos cualitativos de la evolución (potencialidades genéticas que

van surgiendo) y el desarrollo es la sucesión de cambios que se producen por la conjunción de los anteriores con la influencia de factores ambientales (Boscaini 1994).

En este marco, la propuesta global de actuación pedagógica de la educación física en la educación infantil se dirige al desarrollo global del niño, y en consonancia se organiza adecuadamente en torno a:

❖ Los factores perceptivo-motrices: percepción del propio cuerpo; percepción espacial como la situación, la dirección o la orientación; percepción temporal como la duración o el ritmo; conocimiento del entorno físico, y desenvolvimiento en el medio social. El cuerpo solicitado por los factores perceptivo motrices es el cuerpo consciente, vinculado a la motricidad voluntaria, a la representación mental. Un cuerpo comprometido en pensar, en decidir, en actuar. Un cuerpo que es el de un ser global ávido de conocer. La percepción es un proceso cognitivo muy valorado desde siempre en la institución escolar, ya que uno de los aspectos fundamentales de la percepción es la significación. La percepción implica interpretar la información y construir objetos dotados de significación. Se trata de retomar los propios conocimientos, operar sobre ellos construyendo nuevos aprendizajes y saber expresarlos.

Los factores físico-motrices: cuerpo instrumental, físico, locomotor, adquiriendo patrones motrices y habilidades motrices básicas a medida que la motricidad evoluciona. Factores que tienen que ver con la adquisición del dominio y el control del cuerpo, que favorecen el equilibrio y la práctica de movimientos naturales, que potencian el desarrollo de la condición física, que enriquecen el comportamiento motor, que buscan la eficacia corporal. El cuerpo solicitado por los factores físico-motrices es el cuerpo instrumental, locomotor, físico. Un cuerpo que:

- Puede poner en funcionamiento gran cantidad de ejes de movimiento, de músculos, de articulaciones, de reacciones motrices.
- Va adquiriendo patrones motrices a medida que la motricidad evoluciona.
- Va manifestando su realidad física a través de movimientos, posturas, actitudes, etc.

- Es el de un ser global interesado en saber hacer.

Los factores afectivo-relacionales: creatividad, confianza, tensiones, pulsiones, afectos, rechazos, alegrías, enfados, capacidades de socialización. Al permitir su expresión global, el niño puede reflejar sus estados de ánimo, sus tensiones y sus conflictos. El ambiente de la sala de Educación Física es un contexto propicio para la observación de los comportamientos más genuinos, así como de las relaciones que tienen los niños entre ellos y con el adulto. En el ámbito psicoeducativo, el educador puede dar salida y tal vez resolver algunas de esas tensiones y conflictos internos de los pequeños. En el tratamiento de los factores afectivo-relacionales se concede importancia al lenguaje no verbal (diálogo tónico, mirada, gestos, sonidos, etc.), pero también a las habilidades de conducta verbal (preguntar, pedir, agradecer, disculparse, expresar afectos, proponer, explicar los sentimientos, etc.). Esto último significa que, en un momento dado o al final de la sesión, se puede pedir al niño que explique lo que siente. Sin emitir juicios de valor, que hable o hablar con él de sus vivencias puede ser necesario en determinadas ocasiones (Rivas & Gill, 2003 citado en Parra 2012).

Cada una de las áreas debe contribuir al desarrollo de diferentes competencias y, a su vez, cada una de las competencias básicas se alcanzará como consecuencia del trabajo en varias áreas o materias.

Fundamentalmente, en la dirección que sugieren Pradillo (2007), Rivas (1999), Gil Navarro (2005), (citados en Parra 2012), por citar alguno de ellos se compartirán actividades donde se planteen ambientes motrices lo que se pretende es estimular los comportamientos sensorio motores, mejorar las habilidades motrices, potenciar el componente cognitivo y la adquisición de las tareas, y posibilitar los comportamientos afectivos y relacionales.

Estos, pues, son los ambientes donde se trabajarán los contenidos que propicien el desarrollo de:

- Las manipulaciones (asir, soltar, golpear, lanzar, recibir).

- Los patrones de movimiento y relacionados con la coordinación dinámica general (rodar, gatear, andar, reptar, saltar; giros, lanzamientos, empujes, tracciones).
- El esquema corporal (estructura global y segmentaria del cuerpo).
- La salud corporal (creación de hábitos de higiene).
- La percepción espacial (nociones de orientación y situaciones).
- La percepción temporal (ritmos, antes, después).
- La expresividad corporal (control tónico, relajación, posibilidades expresivas).
- La creatividad (idear ejercicios, proponer iniciativas de juego, fantasía, imaginación, etc.).
- Las relaciones sociales (aproximarse al grupo, hacer contacto visual, dejar y pedir objetos, agradecer, ponerse de acuerdo, compartir). En definitiva, propiciar el desarrollo de actividades con el entorno próximo, natural, y en espacios recreativos con los iguales y con los adultos.
- La expresión de emociones (alegría, afecto, cariño, amor, enfado, etc.).
 - La mejora de la autoestima y de las habilidades sociales (disfrutar de las relaciones con los demás, realizar y aceptar juegos que se ajusten a las posibilidades y limitaciones personales, observar a los otros).
 - La aceptación y el cumplimiento de normas (respetar límites, seguir consignas, controlar pulsiones de gritos, risas, miedos, ruidos).

Analizando del desarrollo físico y de la discapacidad motora, se puede decir que se presentan los aspectos más relevantes que numerosos autores han determinado con respecto a la discapacidad intelectual o sus sinónimos retraso mental, subnormalidad, oligofrenia, deficiencia mental.

Estas no expresan ninguna enfermedad sino que más bien comprenden a la expresión de limitaciones significativas en el funcionamiento cognitivo cuya principal característica es el déficit de la función intelectual en esta área.

1.7 Discapacidad intelectual:

La discapacidad intelectual o discapacidad cognitiva consiste en una adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo (Ingalls, 1982) .

1.7.1 definición y antecedentes.

Tomando como referencia y desde un punto de vista el más adecuado para definir la discapacidad, se encuentra basado en el “Sistema de la AAIDD de 2002” (Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual) “Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (Luckasson y Cols., 2002).

Se deduce que “el Retraso mental se entiende en el marco de un modelo multidimensional que proporciona una manera de escribir a la persona por medio de cinco dimensiones que incluyen todos los aspectos del individuo donde vive (Gine, y Font, 2007).

El primer planteamiento multidimensional de la discapacidad intelectual se produjo en el año 1992 con la intención de eliminar el reduccionismo, y la excesiva confianza, en el uso de tests dirigidos a diagnosticar el CI. Asimismo, se planteó un giro determinante en el proceso de evaluación, buscando obtener información sobre

las necesidades individuales en diferentes dimensiones que luego debían relacionarse con los niveles de apoyo apropiados.

En definitiva, se planteaba unir estrechamente la evaluación con la intervención o apoyo a la persona, y hacerlo teniendo en cuenta aspectos personales y ambientales que pueden variar en el tiempo. Estos aspectos serán mantenidos en la definición actual, pero se modifican algunas dimensiones para acomodar el sistema a lo que la investigación y conocimiento ha permitido avanzar en estos años (Verdugo, 2002).

Las cuatro dimensiones del sistema propuesto en el año 1992 fueron las siguientes (Luckasson y Cols., 2002):

Dimensión I: Funcionamiento Intelectual y Habilidades Adaptativas

Dimensión II: Consideraciones Psicológicas / Emocionales

Dimensión III: Consideraciones Físicas / Salud / Etiológicas

Dimensión IV: Consideraciones Ambientales

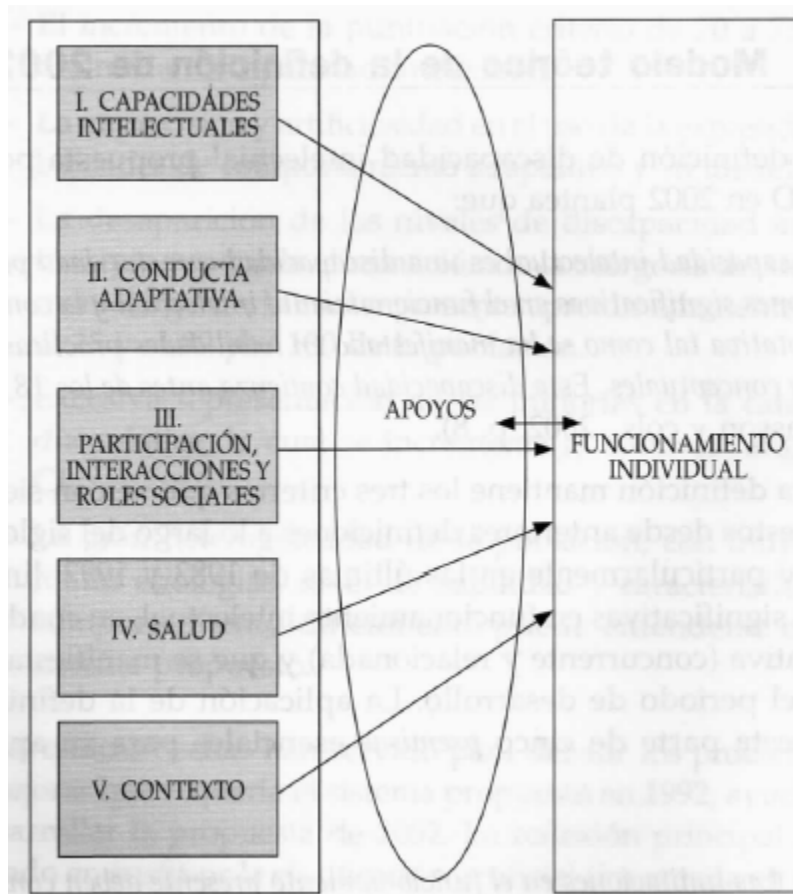


Figura 1. Modelo teórico de retraso mental (Luckasson y Cols., 2002, p. 10)

Esta figura representa los apoyos que brinda el Modelo teórico del retraso mental en ella se muestra un esquema en el cual se puede analizar las 5 dimensiones en la propuesta del 2002 de la AAIDD (Asociación Americana sobre la Discapacidad), donde cada una de ellas muestra los apoyos que se deben integrar para el funcionamiento adecuado de las habilidades intelectuales y adaptativas tomando en cuenta en consideración los aspectos psicológicos y emocionales del individuo así como también los aspectos físicos y etiológicos de estas.

Pues para este modelo tanto el ambiente como el contexto social influyen de una forma trascendental en aquellos procesos que se encuentran con limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa de estos individuos.

Estas cinco dimensiones propuestas por la AAIDD muestran aspectos diferentes de la persona con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un mejor funcionamiento individual. Frente a las cuatro dimensiones planteadas en la novena edición de la definición de retraso mental de la AAIDD, en esta ocasión se proponen cinco. Lo más destacable es la introducción de la dimensión de Participación, Interacciones y Roles Sociales. Asimismo, se plantean dimensiones independientes de Inteligencia y de Conducta Adaptativa. Además, se amplía la dimensión de Salud para incluir la salud mental, desapareciendo así la dimensión sobre consideraciones psicológicas y emocionales que se había propuesto en el año 1992. Otro cambio importante se refiere a la ampliación de la dimensión 'contexto' que pasa también a tener en cuenta la cultura junto a los aspectos ambientales (Verdugo, 2002).

La definición del año 2002 propone un nuevo sistema con las siguientes dimensiones:

Dimensión I: Habilidades Intelectuales

Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica)

Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales

Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología)

Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura)

Del mismo modo, al igual que en el año de 1992, la definición incorpora como parte constitutiva las cinco asunciones siguientes (Gine y Font, 2007,):

- 1) Las limitaciones en el funcionamiento actual (de la persona) se tienen que considerar dentro del contexto de los entornos comunitarios típicos de sus compañeros.
- 2) Una valoración adecuada (del retraso mental) que tiene que considerar la diversidad cultural y lingüística, y también las diferencias en los factores de comunicación, sensoriales, motrices y de la conducta.
- 3) Dentro de un mismo individuo, las limitaciones a menudo coexisten con fortalezas.
- 4) Un objetivo importante a la hora de describir las limitaciones (de las personas) es desarrollar un perfil de apoyos necesarios.

5) Con apoyos personalizados apropiados durante un periodo sostenido de tiempo, la manera de vivir de las personas con retraso mental generalmente mejoran.

De esta manera y tomando en cuenta las 5 dimensiones del modelo multidimensional se observan otras definiciones que ayudan a comprender mejor una definición más exacta de lo que es discapacidad intelectual:

Para ello Cervera (1988) afirma que un buen intento de tener en cuenta todos los factores, se tienen que sugerir algunos criterios esenciales en la definición del estado mental:

“Un estado de incompetencia social debida a sus subnormalidad mental por detención en su desarrollo, que aparece durante su maduración del individuo, es de origen constitucional y esencialmente incurable” (Cervera, 1988, p.14).

Lo anterior nos remite a que una persona que padece una Discapacidad Intelectual no puede desarrollar todas sus habilidades físicas y sociales pues la diversidad de éstas limita al individuo poder realizar estas actividades, ya que una DI se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas a las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

1. *Incompetencia social:* o incapacidad funcional para desenvolverse en los asuntos personales con la habitual soltura, procurar sus sostenimientos económico sin ayuda de otros y cumplir y que aparece durante la maduración del individuo.

2. Subnormalidad mental: es decir, un grado de inteligencia bajo, que produce incompetencia social; incompetencia, por tanto, que no es debida a incapacidad física, enfermedad o circunstancias socioeconómicas desafortunadas.

3. Detención en su desarrollo: para dejar claro que la deficiencia proviene de una interrupción del desarrollo intelectual, y uno de un deterioro mental posterior, propio de la psicosis o epilepsia.
4. Es de origen constitucional, bien por un defecto hereditario, bien por causa de un evento desfavorable.
5. Aparece durante la maduración del individuo: es decir en algún momento de la psicosis o epilepsia.
6. Y es esencialmente incurable: si se mira la raíz del mal, lo que no quiere decir que no sea posible actuar sobre el mismo mediante la puesta en práctica de una serie de procedimientos que generando, hábitos, alivian sustancialmente la vida, tanto al deficiente como a sus familiares.

Es de suma importancia que la deficiencia mental no suele estar determinada por uno solo de estos criterios, sino más bien es la suma de ellos.

Como se ha observado la deficiencia mental es un estado de desarrollo mental incompleto, de tal clase y grado que el individuo es incapaz de adaptarse por sí mismo al medio ambiente normal dentro de su contexto.

Para la AAIDD, la deficiencia mental está constituida por un grupo de síntomas que aparecen antes de que se complete el crecimiento y desarrollo de la persona, y caracterizada por una reducción de la capacidad intelectual está constituida por un grupo de síntomas que aparecen antes de que se complete el crecimiento y desarrollo de la persona, y es caracterizada por una reducción de la capacidad intelectual , de tal grado que llega a impedir la facultad de aprendizaje y una correcta adecuación social (Cervera,1988).

Tal como señala la propia definición, las personas con DI suelen presentar limitaciones en su conducta adaptativa que se refiere a la capacidad de responder a las demandas cambiantes del entorno en el que vive y los apoyos que llegué a necesitar (Gine y Font, 2007).

La aplicación de la definición propuesta parte de cinco premisas esenciales para su aplicación: (Verdugo 2003, p. 4-5).

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
4. Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

Es, fundamentalmente, que el individuo se sienta a gusto con el mismo, y saberse importante y sentirse especial, para él y para el resto. Puesto que esto le permitirá tener un mejor control de su conducta adaptativa.

Discernir sobre las relaciones de la conducta adaptativa con la inteligencia ha sido siempre una preocupación de los investigadores debido a dos razones básicas. En primer lugar, por la conexión que establece en la definición de retraso mental entre funcionamiento cognitivo y las destrezas adaptativas; y, segundo debido al desfigure conceptual que pudiera producirse entre ambos constructos, que han sido frecuentemente definidos como la capacidad de adaptarse al entorno (Keith, Felman, Harrison y Pottebaun citados en Montero, 1996).

De esta forma la definición mantiene los tres criterios que venían siendo propuestos desde las anteriores definiciones de 1983 y 1992: limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa (concurrente y relacionada), y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo (Luckasson y Cols., 2002).

De igual forma AAID retraso mental significa un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta dentro del desarrollo” (Ingalls, 1982).

Según esta definición, para que a una persona se le clasifique como una retrasada mental, se tienen que cumplir tres criterios: primero tiene que haber un funcionamiento intelectual notablemente por debajo del promedio (CI – 70) El sujeto debe manifestar también problemas de adaptación en su conducta. Este criterio es un tanto más difícil de especificar, pero básicamente significa que la adaptación del individuo a las exigencias del ambiente natural o social, tiene que ser inferior a la de sus compañeros de la misma edad (Ingalls, 1982) .

El tercer criterio de la definición es que la deficiencia en la conducta de adaptación y el funcionamiento intelectual por debajo del promedio, tienen que manifestarse durante el periodo de desarrollo, prácticamente desde la concepción de los 18 años. Esto significa el retraso se coincide como un desorden del desarrollo. El individuo que llega a la edad adulta después de un desarrollo normal nunca podrá ser considerado como un retrasado. Las personas cuya capacidad intelectual se deteriora debido a la sanidad o alguna lesión cerebral durante la edad adulta, tampoco son considerados como retrasados mentales (Garantilla, 2010).

En el año 1992 la Asociación Americana sobre La discapacidad intelectual (AAIDD) propuso una definición del retraso mental (novena edición) que supuso un cambio radical del paradigma tradicional, alejándose de una concepción del retraso mental como rasgo del individuo para plantear una concepción basada en la interacción de la persona y el contexto La principal aportación de aquella definición consistió en modificar el modo en que las personas (profesionales, familiares, investigadores) conciben esa categoría diagnóstica, alejándose de identificarla exclusivamente

como una característica del individuo para entenderla como un estado de funcionamiento de la persona. A lo largo de los diez años transcurridos desde entonces se han producido avances significativos en esa concepción, y esos cambios proceden tanto de la experiencia acumulada en la aplicación de la propuesta hecha entonces como de las aportaciones de la investigación (por ejemplo, respecto al concepto de apoyos). Esto es lo que ha llevado a la AAIDD a publicar una revisión sustancial del sistema de 1992 (Luckasson y cols, 2002).

La discusión sobre cuál es la terminología más adecuada para referirse a la población ha sido motivo de debate desde finales de los años ochenta en ámbitos científicos y profesionales. Progresivamente este debate se ha visto ampliado a los familiares y a las personas con esa discapacidad. La principal razón para sugerir un cambio en la terminología se deriva del carácter peyorativo del significado de retraso mental que, además, reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas.

La discapacidad intelectual debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye en primer lugar a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad. en el cual se daba cuenta de una propuesta de cambios y avances en la definición de retraso mental, algunos de los cuales vienen aceptados en la propuesta actual de la AAIDD. Sin embargo, la AAIDD ha optado por mantener por ahora (Verdugo, 1999). La propuesta de la AAIDD en 1992 fue un revulsivo en el campo científico del retraso mental, recibiendo muchas adhesiones y también muchas críticas desde el primer momento de formularse (Borthwick-Duffy, 1994; Jacobson, 1994; Jacobson y Mulick, 1996; MacMillan, Gresham y Siperstein, 1993; citados en Verdugo, 1994).

Por otro lado Luckasson y cols. (2002) aluden que los principales problemas se han centrado en:

- ❖ La eliminación de los niveles de gravedad intelectual del déficit para clasificar a las personas con retraso mental.
- ❖ La sustitución asumida de los niveles de apoyo por los niveles de gravedad del déficit, a pesar de que nunca se propuso hacerlo así.
- ❖ El incremento de la puntuación criterio de 70 a 75 para definir el retraso mental.
- ❖ La imprecisión y artificiosidad en el uso de la expresión ‘habilidades de Comportamiento adaptativo y su medida.
- ❖ La desaparición de los niveles de retraso mental que supone la eliminación de la categoría de ‘retraso mental ligero’, la cual representa aproximadamente entre el 75% y el 89% de la población.
- ❖ Excesiva representación de las minorías en el rango intelectual (CI).
- ❖ La gran heterogeneidad de la población, con muy diferentes etiologías, nivel de habilidad y características de comportamiento difícilmente puede entenderse con el sistema propuesto.

De la anterior edición se van a mantener características importantes como el propio término de retraso mental la orientación funcional y énfasis en los apoyos, los tres criterios diagnósticos (inteligencia, conducta adaptativa y edad de comienzo), y un firme compromiso con desarrollar un sistema de clasificación basado en las intensidades de los apoyos (si bien se admite ya con claridad la aportación positiva que pueden proporcionar también otros sistemas clasificatorios).

La principal novedad de la propuesta hecha en el 2002 se centra en proponer un nuevo modelo teórico, ampliando una dimensión más (Participación, Interacciones y Roles Sociales”), precisando el contenido de otras dimensiones, y proponiendo un marco de referencia para la evaluación que supera la anterior propuesta de un proceso de tres pasos.

Además, se avanza en la planificación de los apoyos, al incorporar la investigación de los últimos años sobre evaluación y determinación de la intensidad de los mismos. Otras características son la mayor precisión en la medición de la inteligencia y en la conducta adaptativa, que repercute en una comprensión

diferente del constructo de conducta adaptativa (organizado en torno a las habilidades conceptuales, sociales y prácticas).

Finalmente, también se examina con detenimiento en que consiste el juicio clínico orientando como aplicarlo, y se relaciona el sistema propuesto con otros sistemas clasificatorios de interés (CIF, DSM-IV e ICD-10).

Es por ello que se necesita forzosamente analizar cada una de las causas y características que llega a tener una persona con algún tipo de Discapacidad Intelectual.

1.8 Etiología de la discapacidad intelectual.

Precedentemente conocida como retraso mental, el término discapacidad intelectual actualmente es usado para definir a una persona que tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en algunas destrezas como la comunicación, aseo y cuidado personal y destrezas sociales y debido a estas limitaciones el aprendizaje del niño es más lento que en un niño típico (Cervera, 1988).

Las principales causalidades de la Discapacidad Intelectual (DI) propiamente no son del déficit mental pero al sumarse o al confluir varias de éstas se le pueden contribuir a favorecer la aparición de la DI, algunos factores son (Cervera, 1988).

Las condiciones genéticas. Ocasionalmente la discapacidad intelectual es causada por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones.

Algunos ejemplos de condiciones genéticas que menciona Cervera y otros et al. Incluyen síndrome de Down y phenylketonuria (PKU).

Problemas durante el embarazo. La discapacidad intelectual puede resultar cuando el bebé no se desarrolla apropiadamente dentro de su madre. Por ejemplo, puede haber un problema con la manera en la cual se dividen sus células durante su crecimiento. Una mujer que bebe alcohol o que contrae una infección como rubéola

durante su embarazo puede también tener un bebé con una discapacidad intelectual (Hutt & Gwin, 1994; Cervera, 1988; Smith, 2001).

Problemas al nacer. Si el bebé tiene problemas durante el parto, como, por ejemplo, si no está recibiendo suficiente oxígeno, podría tener una discapacidad intelectual.

Problemas de la salud. Algunas enfermedades tales como tos convulsiva, varicela, o meningitis pueden causar una discapacidad intelectual. La discapacidad intelectual puede también ser causada por malnutrición extrema (por no comer bien), no recibir suficiente cuidado médico, o por ser expuesto a venenos como plomo o mercurio.

La discapacidad intelectual se diagnostica observando dos cosas Smith (2001).

Además aunque la prematurez y el peso muy bajo al nacer suelen asociarse con la DI, lo cierto es que la relación no es inevitable ni del todo incorregible (Hutt & Gwin, 1994 citado en Smith, 2001).

Es decir los factores que diagnostican una DI, pueden influir propiamente en el nacimiento del pequeño, así como los factores antes de su nacimiento y posteriormente en su conducta adaptativa.

Cada día se identifican más genéticas de la DI por ejemplo el síndrome de cromosomas X frágil (FXG) que fue identificado en 1991 como un trastorno genético hereditario (Bayle, 1991 en Smith, 2001).

Para atender estas anomalías que dependen, al menos en parte de mecanismos genéticos en el cual se basa en los rasgos (Hutt & Gwin, 1994 en Smith, 2001).

Normalmente cada persona recibe alrededor de 23 cromosomas aportados por el espermatozoide paterno y 23 cromosomas por el óvulo materno en el momento de la fecundación, normalmente deberían de nacer cada persona con 46 cromosomas, cuando hay un problema de FXG los niños reciben un tercer cromosoma, el error se produce dentro de la maduración de las células (Cervera, 1988 et. al).

Cervera (1988) asegura que por razones desconocidas, uno de los cromosomas 21 se equivoca a veces del camino y de la célula y recibe dos en lugar de uno.

Es decir el síndrome del cromosoma X frágil, es causado por un cambio en un gen llamado FMR1. Una pequeña parte del código del gen se repite en un área frágil del cromosoma X. Cuantas más repeticiones se presenten, mayor será la probabilidad de que haya un problema (Hutt & Gwin, 1994 en Smith, 2001).

El gen FMR1 produce una proteína que se necesita para que el cerebro crezca apropiadamente. Un defecto en este gen hace que el cuerpo produzca muy poco de esta proteína o nada en absoluto (Cervera, 1988). Tanto los niños como las niñas pueden resultar afectados, pero debido a que los niños tienen únicamente un cromosoma X, es más probable que un solo cromosoma X frágil los afecte con más gravedad. Usted puede tener el síndrome del cromosoma X frágil incluso si sus padres no lo tienen. Puede que se presenten un antecedente familiar del síndrome del cromosoma X frágil, problemas del desarrollo o discapacidad intelectual (Hutt & Gwin, en Smith, 2001).

Aprender, pensar, resolver problemas y hacer sentido del mundo ayudan a la persona a desarrollar destrezas que necesita para vivir; a estos elementos se les conoce como funcionamiento adaptativo o bien conducta adaptativa. Logrando así habilidades que le permitan al individuo un mayor sentido en la vida cotidiana.

Al hablar de discapacidad intelectual se toma por metodología el sistema 2002 que presenta un constructo multifactorial de la etiología de retraso mental en sustitución de enfoques históricos previos que dividían la etiología en dos amplios grupos: retraso mental de origen biológico y retraso mental debido a una desventaja social.

La etiología se considera un constructo multifactorial compuesto por factores de riesgo biomédicos, sociales, conductuales y educativos, que interactúan a lo largo del tiempo incluyendo a lo largo de la vida del individuo entre generaciones de padres a hijos (Verdugo, 2002).

El enfoque multifactorial de la etiología amplía la lista de factores causales en el retraso mental en dos direcciones: tipos eje factores y momento de ocurrencia de los mismos. Los tipos de factores se amplían a cuatro grupos (Verdugo, 2002):

1. *factores biomédicos* -que se relacionan con procesos biológicos, como trastornos genéticos o nutrición;
2. *factores sociales* que se relacionan con interacciones sociales y familiares, como son la estimulación y los niveles de respuesta
3. *factores conductuales* -que se relacionan con conductas causales potenciales, como son las actividades peligrosas (lesivas) de abuso de sustancias por parte de la madre.
4. *factores educativos* -que se relacionan con la disponibilidad de apoyos educativos que promueven el desarrollo mental y el desarrollo de habilidades adaptativas-. Los factores causales pueden afectar (a) a los padres de las personas con retraso mental, (b) a la persona con retraso mental, (c) a ambos. Esto se denomina *causación intergeneracional* Los factores presentes durante una generación pueden influenciar los resultados en la siguiente. La comprensión de la *acusación intergeneracional* puede llevar a la provisión de apoyos que ayuden a prevenir y a revertir los efectos de ambientes adversos. Los múltiples factores y la *causación intergeneracional* tienen importantes implicaciones para los individuos a tres niveles de prevención: (a) *primaria*, lo que implica la prevención de la condición que de otro modo originaría retraso mental; (b) *secundaria*, que implica acciones para prevenir el que una condición existente origine retraso mental; y (c) *terciaria*, que implica acciones para reducir la severidad de las deficiencias en el funcionamiento asociadas con la etiología o a prevenir condiciones secundarias) La condiciones de salud física y mental pueden afectar a la evaluación de la inteligencia y de la conducta adaptativa con respuesta a las deficiencias en el estado de alerta causado por trastornos del sueño o por deficiencias nutricionales (Verdugo, 2002.).

Es decir lo que se debe evaluar debe ir más allá del campo académico de la inteligencia, y de la medición del CI, para reflejar las habilidades sociales y prácticas que corresponden a la integración comunitaria satisfactoria. Y esto hace innecesario

evaluar la conducta adaptativa tal como hasta el momento se ha entendido, pues esa conducta quedaría comprendida dentro del concepto actual de inteligencia. De esta manera se habla de un modelo de competencia' que no habla de conducta o habilidades adaptativa sino de evaluación de la inteligencia conceptual, práctica y social (Gine y Font, 2007).

Para finalizar este apartado, se puede inferir que el modelo multidimensional propuesto por la AAIDD viene a plantear que la discapacidad intelectual no es algo que se tenga, ni tampoco es un trastorno médico o mental: "Retraso mental (discapacidad intelectual) se refiere a un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional, y está afectado positivamente por apoyos individualizados" (Luckasson *et al*, 2002).

Como modelo de funcionamiento incluye los contextos en los cuales las personas funcionan e interactúan, a diferentes niveles del sistema, por lo que se puede decir que la definición propuesta requiere un enfoque multidimensional y ecológico que refleje la interacción de la persona con sus ambientes así como los resultados referidos a la persona en esa interacción relacionados con la independencia, relaciones, contribuciones, participación educativa y comunitaria y bienestar personal (Verdugo,2002).

Para la AAIDD (2002) la intervención del asesor psicopedagógico, adopta el reciente concepto de discapacidad que se nutre de las aportaciones de la clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (Organización Mundial de la salud, 2001) y a su vez reconoce el origen social que experimenta las personas con DI y D (Discapacidad Intelectual y de del Desarrollo) en su vida diaria

En los cuales se proporcionan tres objetivos fundamentales:

1. Proporcionar una visión actual de la discapacidad intelectual y del desarrollo basada en el paradigma de apoyos y en una concepción de esta discapacidad con un funcionamiento independiente de la persona y en los contextos que ésta vive.

2. Facilitar un marco general y algunos instrumentos para la evaluación del alumnado con DI y D.

3. Ofrecer algunas propuestas para su desarrollo en una conducta adaptativa.

Las personas con DI suelen presentar limitaciones en la conducta adaptativa. Por lo general las personas aprenden a ajustar y autorregular el comportamiento de las distintas situaciones y contextos de vida según la edad, las expectativas, etc.

Como se puede observar las personas con DI tienen como característica determinar, cuáles son sus necesidades específicas a lo largo de su vida; estas necesidades determinan el tipo de apoyo que requieren con el fin de acceder a los servicios que hagan posible unas condiciones de vida más óptimas (Giné, 2007).

1.8.1 Características o tipos de la discapacidad intelectual.

Las personas en situación de discapacidad intelectual se caracterizan por presentar limitaciones significativas en su funcionamiento intelectual, en la conducta y en las habilidades adaptativas a nivel conceptual, social y práctico (Hutt & Gwin, 1994 en Smith, 2001).

Las características que se observan en el comportamiento de las personas con discapacidad intelectual, pueden ir desde las más leves hasta dificultades más profundas (Ingalls, 1982):

1. Inestabilidad en la atención y concentración.
2. Desequilibrios posturales y torpeza.
3. Desorganización espacio temporal que dificulta el uso adecuado de los objetos.
4. Limitación en el lenguaje y la comunicación.
5. Impulsividad.
6. Temor ante la pérdida de sostén.
7. Bajo nivel de frustración.
8. Dificultad o ausencia de fijación de la mirada y/o de respuesta a un estímulo sonoro.
9. Presencia de movimientos y gestos estereotipados y repetitivos.

10. Posturas cerradas con presencia de repliegues hacia el propio cuerpo.
11. Dependencia en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana.
12. Imposibilidad de acceder al juego.
13. Ausencia de control de esfínteres.

Es común encontrar una demora de lenguaje y el desarrollo motor significativamente por abajo de las normas de sus semejantes sin retraso mental. Los individuos más seriamente afectados experimentan demoras en tales áreas como el desarrollo de las destrezas motoras tales como la movilidad, la imagen corporal, y el control de las funciones corporales. En comparación con sus semejantes normales, los niños con retraso mental en general pueden tener una estatura y el peso por abajo de la norma, experimentar más problemas de habla, y tener una incidencia más alta de deficiencias de vista y oído (Ingalls, 1982).

Paradójicamente sus compañeros de salón, los estudiantes con retraso mental seguido tienen problemas con la atención, la percepción, la memoria, la resolución de problemas y el pensar con lógica. Son más lentos en aprender cómo aprender, y encuentran más difícil aplicar lo que aprenden a situaciones o problemas nuevos. Algunos profesionistas explican estos patrones al afirmar que los niños con retraso mental tienen diferentes déficit cualitativo de cognición o memoria. Otros creen que los niños con retraso mental atraviesan los mismos pasos de desarrollo que aquellos sin retraso mental, aunque a un paso más lento, y alcanzan niveles más bajos de funcionamiento global (Verdugo, 2002).

Los principales cambios respecto a la anterior definición incluyen, una nueva concepción de la conducta adaptativa; una nueva dimensión de Participación, Interacciones y Roles Sociales; la expansión del proceso anterior de tres pasos a una estructura de evaluación con tres funciones; la ampliación del modelo de apoyos; una presentación mejor de lo que es el juicio clínico en esta población; y un análisis de las relaciones entre el sistema de 2002 y otros sistemas de clasificación. El sistema de tres funciones de diagnóstico, clasificación y perfil de apoyos ofrece un proceso sencillo y fácil de emplear mediante el cual el diagnóstico y la clasificación desembocan directamente en la identificación de los apoyos

necesarios. El empleo de este sistema y de los formularios adjuntos le permitirán (Verdugo, 2010):

1. Determinar si se cumple el diagnóstico de retraso mental mediante el empleo de los tres criterios de (a) limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, (b) limitaciones significativas en la conducta adaptativa, y (c) edad de aparición.
2. Clasificar y describir las capacidades y limitaciones de un individuo (a lo largo de las cinco dimensiones).
3. Planificar apoyos (a lo largo de las nueve áreas de apoyo) que deben mejorar el funcionamiento en la vida diaria del individuo.

De esta forma la clasificación que se le otorga al deficiente mental según Garantilla (2010) con base a la AAIDD es la siguiente:

Deficientes mentales ligeros.

Aunque limitados en su capacidad intelectual, y con graves dificultades para seguir un currículum escolar normal, incluso en niveles básicos, son capaces de llegar a escribir, de aprender las cuatro operaciones elementales de cálculo y de alcanzar un respetable conjunto de aprendizajes y conocimientos escolares. Su rendimiento en el trabajo, sus relaciones sociales y su comportamiento sexual pueden también ser en todo o casi todo, semejantes a los de personas más inteligentes. A menudo, la deficiencia mental ligera, permiten un pronóstico esperanzador con los tratamientos psicopedagógicos pertinentes, deficientes mentales medios o moderados.

Es la deficiencia mental típica, la que mejor refleja las descripciones convencionales de lo que la deficiencia mental es. Los límites reales, tanto por arriba como por abajo, son difíciles de definir y nada rígidos. Su limitación le traerá problemas serios para la inserción en un trabajo y, en general, para la inserción social.

Deficientes mentales severos

Es difícil de rehabilitar y remontar. A pesar de los tratamientos psicopedagógicos, la deficiencia mental severa tiene un pronóstico no demasiado esperanzador, aunque pueden conseguirse metas de integración y normalización social. El objetivo prioritario con los deficientes mentales severos, no es la enseñanza convencional, sino la adquisición del mayor número posible de hábitos o habilidades de autonomía básica.

Deficientes mentales profundos

Es muy difícil que el deficiente estrictamente profundo, llegue a alcanzar autonomía funcional más allá de las conductas más elementales de vestirse y desnudarse, comer por sí solo, o adquirir las habilidades de higiene personal. La enseñanza que ha de recibir será de hábitos de autonomía y no resultará fácil que llegue ni siquiera a dominar el lenguaje oral. La meta educativa principal de un deficiente profundo es que deje de ser profundo o de aparecer como tal. La meta del educador ha de ser proporcionarles habilidades que les hagan crecientemente autónomos en diversas áreas de la vida diaria y que reduzcan así la necesidad de ayuda externa.

Indagando un poco más al respecto de las personas que sufren algún tipo de deficiencia mental, principalmente aquellas que son diagnosticadas como DM profundos, es muy difícil que logren integrarse dentro de un aula Regular.

Sin embargo hay instituciones que están especializadas para lograr mejorar la calidad de vida de una persona deficiente profunda, donde su objetivo educativo es proporcionar las habilidades que les permitan ser un poco más autosuficientes.

Para comprender las implicaciones de esta definición, es necesario considerar tres componentes principales:

- Funcionamiento intelectual inferior al promedio.
- Que se origine durante el periodo del desarrollo.
- Que este asociado con el deterioro de la conducta.

(Castanedo, 1999).

A lo largo de los diez años transcurridos desde entonces se han producido avances significativos en esa concepción, y esos cambios proceden tanto de la experiencia acumulada en la aplicación de la propuesta hecha entonces como de las aportaciones de la investigación (por ejemplo, respecto al concepto de apoyos). Esto es lo que ha llevado a la AAIDD a publicar una revisión sustancial del sistema de 1992 (Luckasson y cols., 2002).

1.9 Desarrollo de los niños y de los adolescentes con discapacidad intelectual y motriz.

Heward (1988, citado en González, 1997) indica que la única característica común en las personas con discapacidad intelectual es que evidencian déficit en múltiples áreas del desarrollo. Sailor y Guess mencionan que cada persona muestra una combinación idiosincrásica física, intelectual y social diferente.

Sánchez (2001) manifiesta que cuando se habla de desarrollo, se refiere a un desarrollo integral del que forma parte un amplio conjunto de capacidades físicas, biológicas, psíquicas y sociales.

La evolución del desarrollo depende de varios factores y circunstancias. Las capacidades no se desarrollan al mismo tiempo y con la misma frecuencia.

Actualmente las nuevas maneras de concebir el desarrollo humano, son mucho más integrales y adecuadas para describir los procesos de desarrollo en diversas áreas.

En cada una de ellas se hace patente e hincapié en la presencia de diversos esquemas e ideas fundamentadas en las siguientes consideraciones:

- Los cambios de las personas se producen a lo largo de todo el ciclo vital. Ninguna etapa constituye una realidad psicoevolutiva y social separada.
- Las causas de los cambios en las personas se deben a influencias biológicas, ambientales y culturales.

- El contexto en el que se producen los cambios adquiere una gran importancia cada entorno produce efectos que se articula por los producidos por otros.
- Los cambios implican diferentes puntos finales posibles para el desarrollo y siguen trayectorias diversas y variables. Se subraya la plasticidad del desarrollo entre las personas con discapacidad (Martín-Caro y Otero, 1999, Meece, 2000 citados en Melero).

En este sentido, cabe remarcar que cada persona crece y aprende bajo ritmos diferentes por lo que bebés, niños adolescentes y adultos con discapacidad intelectual aprenden y se desarrollan de manera diferente, en mayor tiempo en promedio y con algunas dificultades en las principales áreas del desarrollo como la motriz, personal, social, cognitiva, comunicación, etc., por lo que es importante respetar la individualidad y principales necesidades de cada persona en las áreas de desarrollo (SEP, 2002).

Muchas personas con retraso mental son afectadas sólo de una manera mínima, y funcionan sólo un poco más lento que el promedio en aprender nuevas destrezas e información.

Estas llevan a que se logren desarrollar o mejorar las habilidades ya adquiridas. Estas habilidades pueden observarse más detalladamente en el siguiente apartado.

1.10 Desarrollo de habilidades en personas con discapacidad motriz e intelectual.

Primordialmente se mencionarán todos los tipos de habilidades dentro del desarrollo Humano Integral, posteriormente se hará un análisis de cómo estas no se desarrollan de la misma forma en las personas con algún tipo de discapacidad ya sea Motriz o Intelectual.

Los expertos en el desarrollo suelen agrupar las habilidades similares en lo que ellos llaman áreas del desarrollo.

Una manera en la que pueden dividirse el proceso del desarrollo de estas es el siguiente (Verdugo,2010):

1. **Habilidades cognoscitivas:** son un conjunto de operaciones mentales, cuyo objetivo es que el alumno integre la información adquirida a través de los sentidos, en una estructura de conocimiento que tenga sentido para él Implicadas en el aprendizaje y en las diversas formas de pensamiento (Bracqbien,et al):

- *Pensamiento lógico:* tiene como finalidad explicar los fenómenos de la vida cotidiana, al pensar lógicamente ayuda al ser humano a interrogarse por el funcionamiento que lo rodea.
- *Pensamiento creativo:* consiste en el desarrollo de nuevas ideas y conceptos, se trata de evaluar la estructura y consistencia de la manera en que se articula.
- *Pensamiento crítico:* En cambio, supone otro tipo de habilidades, como el juicio (analizar datos según distintos criterios), la evaluación, la opinión y metacognición.

1.11 Habilidades del lenguaje y del habla:

El desarrollo de las habilidades del lenguaje desde los primeros meses de vida hasta el ingreso a la educación parvularia permite garantizar una adecuada integración de la lectura, escritura y el cálculo aritmético en la educación formal.

El lenguaje es una característica humana universal, donde la persona tiene una capacidad innata para desarrollarlo, pero también debe producirse un aprendizaje del lenguaje y el grado en el cual se aprende depende no sólo del intelecto de la persona y de sus habilidades especiales, sino – y es lo más importante - del lenguaje que “escucha”. La función primaria del lenguaje es la comunicación humana. Para llegar a este fin hay palabras para todo que se registran en el cerebro humano. Las palabras y las estructuras del lenguaje hacen referencia a objetos,

ideas, a clases y categorías, a las cualidades de los objetos del mundo exterior, a la forma en que las cosas cambian, a las acciones y sentimientos de los otros y a las propias (Gispert, 2008).

Tres aspectos importantes deben tenerse en cuenta si deseamos estimular el lenguaje en los niños:

- 1) comprender la información que se entrega;
- 2) dar y comprender instrucciones
- 3) utilizar el lenguaje para expresar y comprender emociones y conceptos. Algunos ejemplos que ayudarán en el desarrollo de estas tres áreas son principalmente, experiencias de relatos, contar historias, cumplir y dar instrucciones, escribir, leer y escuchar poemas e historias que emocionen, espectáculos con títeres, funciones de máscaras, representación de personajes, descripción de láminas, entre otras.

2. **Habilidades motoras gruesas :**

Motricidad gruesa o global, se refiere al control de los movimientos musculares generales del cuerpo o también llamados en masa, éstas llevan al niño desde la dependencia absoluta a desplazarse solos. (Control de cabeza, Sentarse, Girar sobre sí mismo, Gatear, Mantenerse de pie, Caminar, Saltar, Lanzar una pelota.) El control motor grueso es un hito en el desarrollo de un individuo, el cual puede refinar los movimientos descontrolados, aleatorios e involuntarios a medida que su sistema neurológico madura. Y de tener un control motor grueso pasa a desarrollar un control motor fino perfeccionando los movimientos pequeños y precisos (Torralba, 2009).

3. **Habilidades motora finas:** es definida como el conjunto de funciones nerviosas y musculares que permiten la movilidad y coordinación de los miembros, el movimiento y la locomoción. Los movimientos se efectúan gracias a la contracción y relajación de diversos grupos de músculos. Para ello entran en funcionamiento los receptores sensoriales situados en la piel y los receptores propioceptivos de los músculos y los tendones. Estos receptores informan a los centros nerviosos de la buena marcha del movimiento o de la necesidad de modificarlo. Los principales centros nerviosos que intervienen en la motricidad son el cerebelo, los cuerpos estriados (pallidum y putamen) y diversos núcleos talámicos

y subtalámicos. El córtex motor, situado por delante de la cisura de Rolando, desempeña también un papel esencial en el control de la motricidad fina (Jimenez , 1982).

4. Habilidades socioemocionales:

Algunos autores definen diez tipos de emociones fundamentales: alegría, tristeza, interés, cólera, excitación, sorpresa, disgusto, desprecio, miedo, vergüenza y culpa definiendo a la emoción como “agitación del ánimo, violento o apacible que nace de alguna causa pasajera” o también como “la causa que oscila desde el placer y el displacer” (Gispert, 2008).

Las emociones tienen un efecto de comportamiento bien sea organizándolo o desorganizándolo; es decir pueden mejorar o empeorar las acciones de los seres humanos; así como también trastornar un comportamiento normal o inducir a otro , la emoción es un estado especial del individuo; se refleja en que la persona experimenta; ciertas reacciones fisiológicas y en el comportamiento (Jimenez, 1987). Las respuestas fisiológicas del organismo tienen un papel fundamental en las emociones, pues la emoción se inicia con la percepción del estímulo donde se producen una respuesta que a su vez ; se inician con una percepción del organismo (Gispert, 2008).

Socialmente las emociones rigen dentro del comportamiento humano, tanto de forma individual como social, se ha observado que las emociones tienen un tipo de respuestas, según la experiencia subjetiva que se tenga es decir pueden clasificarse a grandes rasgos en emociones agradables, o desagradables, cuando una persona o un grupo social es presa de una emoción manifiesta un comportamiento, que influye dentro de las actitudes de los seres humanos (Cervera, 1988).

Aunque no haya una comunicación verbal directa, se puede entender con solo observar lo que una persona piensa, siente o manifiesta, por ende cada una de las emociones es un constructo en el ámbito social (Cervera, 1988).

1.12 Características de las habilidades motoras, sociales, comunicativas.

Como ya se analizó en el apartado anterior las habilidades son un proceso de desarrollo que implica, un conjunto de operaciones mentales, cuyo objetivo es que la persona integre la información adquirida a través de los sentidos, en una estructura de conocimiento que tenga sentido. Al mismo tiempo se puede vislumbrar que todas las habilidades forman parte de un proceso cognitivo es decir de su inteligencia; el bienestar personal en ocasiones depende del acceso a la vida cotidiana y a su vez que esta sea con calidad, no siempre se logra esta expectativa pues esto puede depender de varios factores, es el caso de las personas que presentan algún tipo de discapacidad, esto se debe a que pueden presentar características propias y necesarias a lo largo de su vida; es por ello que en este apartado se presentan las principales características de cada una de las habilidades :

Características de habilidades motoras: Este periodo comprende desde que el individuo nace hasta los dos primeros años; Las primeras manifestaciones de la inteligencia aparecen a partir de las percepciones sensoriales y en su actividad motriz (Gispert, 2008).

Ya que el individuo cuando nace no tiene capacidad para distinguir su propio ser del mundo exterior, la observación visual del entorno genera una serie de movimientos incoordinados (Suárez, 2001).

Poco a poco a lo largo de este período del desarrollo, la persona será capaz de repetir algunos movimientos, que le proporcionen nuevos estímulos. Por ejemplo, si se habla de un bebé de seis meses este será capaz de mover una sonaja que cuelgue delante de su vista porque le resulte gratificante ver cómo le da movimiento y provoca que este haga ruido. Es el caso de las personas que presentan algún tipo de discapacidad intelectual ya que la persona va a manipular sus reflejos con el mundo exterior y a su vez será capaz de realizar acciones que se encuentren

apropiadas dentro de sus habilidades motoras repitiendo movimientos que le resulten gratificantes al individuo (Zapata,1994).

Para Guthrie (citada en Le Boulch 1992) la habilidad motriz es definida como “la capacidad, adquirida por aprendizaje, de producir resultados previstos con el máximo de certeza y, frecuentemente, con el mínimo dispendio de tiempo, de energía o de ambas”

Se trata, por consiguiente, de la capacidad de movimiento humana adquirida por aprendizaje, entendiendo el desarrollo de la habilidad motriz como producto de un proceso de aprendizaje motor. Estas habilidades básicas, son base del aprendizaje de posteriores acciones motrices más complejas, como los desplazamientos, saltos, equilibrios, lanzamientos y recepciones (Le Boulch, 1992).

El término destreza motriz está muy relacionado con el de habilidad, llegando numerosos autores a identificarlos y a emplearlos como norma de habilidades y destrezas.

Se puede decir que la destreza es parte de la habilidad motriz en cuanto que ésta se constituye en un concepto más generalizado, restringiéndose aquella a las actividades motrices en que se precisa la manipulación o el manejo de objetos.

De acuerdo a Sánchez (2001) se entiende por tarea motriz “al acto específico que se va a realizar para desarrollar y poner de manifiesto determinada habilidad, ya sea perceptiva o motórica” basada fundamentalmente en tres áreas:

- ❖ Mecanismo perceptivo: identifica e integra los datos sensoriales que proceden del entorno y también del propio sujeto tendrá una mayor o menor dificultad en función de las características motrices. tiene relación con la detección del o los estímulo/s, la comparación de las informaciones recibidas con las almacenadas (memoria a largo término), selección de las

informaciones (atención selectiva), interpretación de las mismas, activación y vigilancia así como con la anticipación (Santori, 2007).

- ❖ Es responsable de la recepción filtrada de informaciones de origen diferente (visual, auditivo o quinestésico), las cuales toman contacto con la experiencia almacenada para dar sentido y significado a lo percibido (ídem).
- ❖ Mecanismo de decisión: La toma de decisión supone la comparación y transformación de la información, selección del plan de acción y programa motor adecuado, la determinación del esfuerzo necesario para realizar la acción motriz.

La memoria a largo plazo juega su papel al relacionarse con la memoria a corto plazo en los procesos de búsqueda y recuperación de las informaciones más adecuadas para planificar la acción y decidir qué hacer y cómo hacerlo. Seleccionado el plan de acción, la información se traslada por un lado al mecanismo generador de movimiento para que envíe las eferencias correspondientes a los grupos musculares que producirán el movimiento y por otro lado a la memoria a largo plazo para que el fenómeno de aprender se vaya consolidando.

- ❖ Mecanismo efector o de ejecución: El programa motor actúa sobre las unidades musculares provocando la realización del gesto. Se organiza la respuesta. En este programa se han establecido las especificaciones y parámetros de la respuesta para que ésta posea la trayectoria, velocidad y fuerza necesaria (calibración del gesto) (ídem).

Algunos autores coinciden en considerar las habilidades motrices básicas, como todas las acciones posibles para realizar una acción.

Sin embargo cuando se muestra una anomalía se puede observar una discapacidad Motora: es decir distinto al nivel, de las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse

de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. La discapacidad motriz se clasifica en los siguientes trastornos (CONAFE, 2010):

- Trastornos físicos periféricos. Afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Se presentan desde el nacimiento (por ejemplo, algunas malformaciones de los huesos), o bien, son consecuencias de enfermedades en la infancia (como la tuberculosis ósea articular). Algunos accidentes o lesiones en la espalda dañan la médula espinal e interrumpen la comunicación de las extremidades (brazos y piernas) hacia el cerebro y viceversa.
- Trastornos neurológicos. Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo. Origina dificultades en el movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro (CONAFE, 2010).

Características de Habilidades sociales: El bienestar social al que alude la definición de salud se refiere tanto a la propia persona como a su entorno (Gispert, 2008).

Los intercambios sociales regulan la propia conducta y ayudan a otros a controlar impulsos incluso a entender el significado de la honestidad, imparcialidad, etc. Logrando a una amistad dentro del entorno que rodea al individuo, es decir son las conductas que se manifiestan cuando un individuo se relaciona con otras personas, expresando sentimientos y actitudes cuando desarrollamos este tipo de habilidades logra fomentar en el individuo el uso de recursos que lo ayuden a realizar actividades en su vida cotidiana, por ejemplo: usar el transporte, comprar en tiendas, y utilizar servicios públicos (Gispert, 1989).

Es decir el término habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos. Entre las definiciones que se han dado se encuentran las siguientes:

“Es la capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás.”(Libet y Lewinsohn, 1973 citado en Gispert,1987).

“Es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente Plan de Acción Tutorial: Gades “Son un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1993 citado en Morales, 2013).

De este modo, definir las habilidades sociales se ha convertido en una cuestión de valoración en sí misma. Aunque todavía no se ha concebido una definición de las habilidades sociales que sea generalmente aceptada, los siguientes componentes son considerados esenciales para la comprensión de las habilidades sociales:

Se adquieren principalmente a través del aprendizaje por (Gispert *ibídem*):

- ° Observación.
- ° Imitación.
- ° Ensayo.
- ° Información.

Las habilidades sociales son aspectos fundamentales en el desarrollo humano. Todos los comportamientos sociales, tanto positivos como negativos, van configurando el patrón de comportamiento que va a tener el/la adulto/a para relacionarse con su entorno. Al actuar de una determinada manera, obtiene una respuesta consecuente del entorno que le va a ir enseñando a comportarse así en lo sucesivo (Bandera, 1987).

Por tanto, es importante iniciar a temprana edad un entrenamiento en habilidades sociales, ya que éstas no mejoran espontáneamente con el paso del tiempo, sino aun incluso se pueden deteriorar, al provocar el rechazo o la indiferencia de los compañeros y los adultos, se considera conveniente incluir en las Habilidades Sociales dos bloques (Morales, 2013):

Habilidades de Autonomía personal: Repertorios comportamentales que adquiere una persona para resolver por sí mismo los cuidados o atenciones que requiere en la vida cotidiana y poder colaborar con los demás en estas necesidades.

Habilidades de Interacción Social: Conjunto de conductas o repertorios comportamentales que adquiere una persona para relacionarse con los demás de manera que obtenga y ofrezca gratificaciones.

Esto supone establecer relaciones de " ida y vuelta" entre la persona y su medio, a través de las cuales la persona habilidosa socialmente aprende a obtener consecuencias deseadas en la interacción con los demás (niños y adultos) y suprimir o evitar aquellas otras no deseadas (Arancibia, 2007).

Características de las Habilidades Comunicativas: Son aquellos procesos que desarrolla el hombre y que le permite la comunicación, entre los que se encuentran: hablar, escuchar y escribir (González, 2007).

Escuchar: Es la capacidad de sentir, de percibir sensorialmente lo que transmite otra persona, comprende el mensaje, este aspecto, exige tomar conciencia de las posibilidades de tergiversación de los mensajes, permitiéndole evaluar la importancia de lo escuchado, respondiéndole acertadamente al interlocutor (González, ídem).

Hablar: Se denomina hablar a la capacidad de comunicarse mediante sonidos articulados que tiene el ser humano. Estos sonidos son producidos por el aparato fonador, que incluye lengua, velo del paladar, cuerdas vocales, dientes, etc. Esta propiedad es distintiva en el hombre (ídem).

Leer: La lectura permite el desarrollo de las habilidades restantes y competencias del ser humano. Como realización intelectual, es un bien colectivo indispensable en

cualquier contexto económico y social. Como función cognitiva, permite el acceso a los avances tecnológicos, científicos y de la información. Da la posibilidad de recrear y comprender mejor la realidad (ibidem).

Escribir:

La expresión escrita representa el más alto nivel de aprendizaje lingüístico, por cuanto en ella se integran experiencias y aprendizajes relacionados con todas las habilidades lingüísticas (escuchar, hablar y leer) y se ponen en funcionamiento todas las dimensiones del sistema lingüístico (fonológica, morfo-sintáctica, léxica-semántica y pragmática). La escritura es una habilidad compleja, que implica que el escritor tenga conocimientos, habilidades básicas, estrategias y capacidad para coordinar múltiples procesos (ibídem).

El primero de estos procesos (hablar) surge en el niño desde los primeros años de vida como una necesidad social y parte de su desarrollo psicomotor; los tres restantes se autoeducan hasta llegar a la edad adulta, jugando un papel fundamental en el proceso educativo.

El proceso de adquisición del lenguaje ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas, tomando el ejemplo de la teoría cognitivista donde el lenguaje se caracteriza por realizar funciones semántica- cognitiva, es decir con el lenguaje no solamente se puede hablar, también expresamos nuestras actitudes y creencias lo que significa que por medio del lenguaje nos podemos comunicar (Rojas, 1989).

La adquisición del lenguaje es una fase vital en el desarrollo, y es un proceso que no termina en la niñez aunque sea en esta etapa donde se den los mas grandes avances es un proceso continuo interrelacionado con las capacidades orgánicas para captar integrar y expresar símbolos (González, 2007).

En el uso del lenguaje y la forma de comunicación aumenta con la edad adulta , el advenimiento del pensamiento formal, es en la edad adulta donde las habilidades comunicativas pueden adoptar una expectativa social, esta habilidad es esencial

para persuadir o para entablar una conversación y a su vez ayuda a expresar las necesidades de cada individuo (Old, 2006).

En pocas palabras el lenguaje es un proceso que los humanos poseemos para lograr comunicarnos de una forma pensante, olvidarlo es echar a la borda siglos de evolución en los que las inferencias verbales y cognoscitivas han influido de forma de forma concluyente sobre el ser humano (Gispert, 2008).

Es importante mencionar que se han descrito brevemente todas las características de las habilidades sociales, motoras y comunicativas con la finalidad de que en el siguiente capítulo se logre comprender cómo la ausencia de una capacidad puede intervenir negativamente al tratar de realizar una actividad que se considera normal para el ser humano.

Es por ello que en el siguiente capítulo se hablará claramente del papel que la estimulación puede desempeñar para afrontar las discapacidades, así como el concepto de conducta adaptativa, dentro del retraso mental y la base de los criterios que deben presentarse, favoreciendo así la creación de una intervención oportuna en estas áreas.

Capítulo 2

2.1 Educación para adultos y discapacidades intelectuales y del desarrollo.

Un enfoque amplio se ha tenido en cuenta al considerar la educación de adultos en el ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo (DI), para la gama y la variabilidad en el funcionamiento entre las personas con semejantes discapacidades, son de hecho muy amplias. La discapacidad intelectual es considerada como una condición de crecimiento cognitivo detenido que se inicia en los primeros años de desarrollo de la primera infancia y la niñez. No está sólo relacionada con la discapacidad cognitiva, sino con una amplia gama de limitaciones sociales en las áreas conocidas como habilidades sociales o adaptativas. La definición se discute con más profundidad en el presente capítulo donde la adaptación es un elemento central de varias disciplinas, para superar las limitaciones que impone su hábitat (Montero, 1996).

El prestar atención a información relevante y generalizar los conocimientos de un contexto a otro permiten hablar de un individuo inteligente. Las personas con discapacidad intelectual (DI) presentan dificultades a la hora de resolver problemas comunes es decir presentan complicaciones en tres áreas del funcionamiento intelectual (Gine, 2007):

1. Memoria. Las personas con DI suelen mostrar limitaciones en su memoria, especialmente la que se conoce como memoria a corto plazo, que tiene que ver con su capacidad para recordar información.
2. Generalización. Se refiere a la capacidad de transferir conocimientos o comportamientos aprendidos en una situación a otra.

3. Motivación. La investigación revela que la falta de motivación está asociada a la falta de experiencias relacionadas al fracaso, esta es una cuestión importante para las personas que tienen DI, puesto que las dificultades en su operar con éxito determinan retos a la vida diaria pues las pueden hacer personas más vulnerables.

El hecho está en que las personas que padecen alguna discapacidad puedan tener una calidad de vida deseada, a pesar de las complicaciones que pueden generarse a la hora de adquirir un conocimiento o intentar llevar una vida con la mayor capacidad de apoyos que se requieran en las habilidades que más le hagan falta, es decir mencionar las características principales de cada individuo permite ver los apoyos que necesita la persona para lograr el bienestar personal de cada individuo que presente algún tipo de DI.

2.2.1 Cuestiones sobre la esperanza de vida

En los últimos años se ha hecho evidente que las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo están como el resto de la población en general, viviendo su vida durante más tiempo. La esperanza de vida ha sido influenciada, y mejorada, en parte, como resultado de factores positivos económicos, de nutrición y de educación, incluyendo las razones relacionadas con la desinstitutionalización y la inclusión en la comunidad. El desarrollo importante de la normalización y la valorización de la función social es históricamente importante en este sentido (Wolfensberger 1998, Hormigo, Tallis, & Chein, 2001 citados en Verdugo, 2002).

El resultado general es una necesidad urgente de diversificar la educación, en la preparación para y durante la edad adulta. Cada vez más, un número de personas que empiezan con aparentes deficiencias intelectuales y discapacidades del

desarrollo se incrementan gradualmente en ciudadanos con trabajos, certificados, e incluso diplomas en diferentes grados. A menudo hay mejoras en las capacidades cognitivas, particularmente cuando las personas son retiradas de entornos muy pobres o adversos (Clarke y Clarke 2003 citado en Verdugo & Bermejo, 2009).

Estas mejoras cognitivas a menudo se producen como una compensación de un retraso temprano en el desarrollo y parece ser especialmente observado al final de la adolescencia y a los 20 años. Esto parecería, entonces ser el momento óptimo para la educación de muchas personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

La gran mayoría de las personas con discapacidad intelectual han restringido su desarrollo por las pocas oportunidades en la comunidad. Por lo tanto, es absolutamente crítico que nos fijemos en su educación a través de la esperanza de vida y los desafíos que pueden aparecer de su discapacidad y / o de su entorno. Ese último punto mencionado puede incluir el estilo de vida de la familia, las condiciones sociales o puede resultar de las políticas públicas restrictivas o limitadas.

2.2 La necesidad de educación en los Adultos

La educación tiene que tomar muchas formas. Ella tiene objetivos críticos e importantes. Debido al desarrollo de prácticas inclusivas y de la participación de la comunidad, debemos animar a las personas con discapacidad intelectual como a sus familias a vivir una vida normal fuera de las instituciones y en la sociedad normal. Las particulares, para hacerlo con eficacia, necesitan una amplia gama de habilidades y con frecuencia estas habilidades no se han aprendido durante el ciclo escolar normal. Surgen entonces una serie de retos (Brown y Radford, 2007 citado en Mañós, 2010).

Estos retos pueden ser mejor vistos dentro del desarrollo de un enfoque de calidad de vida en el campo de la discapacidad intelectual. Por ejemplo, una de las características principales de un enfoque de calidad de vida es la variabilidad las

personas son distintas con el tiempo y entre sí. En la educación es extremadamente importante reconocer esta variabilidad como una serie de implicaciones a seguir (Gunzburg 1968 citado en Verdugo & Borja, 1999).

Es importante garantizar que los individuos con discapacidad intelectual y del desarrollo cuenten con las oportunidades y opciones para la vida adulta. Debido a las diferencias en el rendimiento de desarrollo de los individuos tal vez necesitan educación más tarde o en diferentes tiempos que otros individuos. Mucha gente con discapacidad intelectual deja la escuela a una edad más tardía que los niños sin discapacidad, según las regulaciones locales de educación. Pero cuando dejan la escuela, la vida a menudo se estanca y en muchos países las personas todavía van a diferentes tipos de talleres, a los centros de formación, aunque otros, más afortunados, cada vez más asisten a los colegios o van directamente al empleo. En algunos países las personas están restringidas a las escuelas especiales, mientras otros en muchos países en vías de desarrollo tienen pocas posibilidades de educación formal por una variedad de razones por ejemplo, cuestiones de género, las distancias para el desplazamiento a las escuelas, a menudo a pie, el trabajo necesario en el hogar y muy pocas oportunidades de trabajo más adelante en la vida). Todos estos factores argumentados por amplias oportunidades para la educación en la vida. Hoy en día, el empleo de las personas con discapacidad intelectual varía considerablemente y la predicción exacta es notoriamente débil. Muchas personas con discapacidades intelectuales y cognitivas hacen mucho más que lo que la gente espera, y en particular mejor que la mayoría de los profesionales y muchas personas de sus familias y de las comunidades esperan (Mañós, 2010).

2.3 Habilidades básicas sociales y de adaptación en los adultos.

El nivel básico de la educación es necesario para muchos adultos con deficiencia intelectual y del desarrollo, que cada vez más requieren oportunidades para funcionar en la sociedad. Esto significa que deben aprender habilidades de adaptación social y estrategias sociales, incluidos los requisitos básicos para vivir

una vida comunitaria normal. Por ejemplo (Brown y Col. 2008, citado en Verdugo & Bermejo, 2009) :

- Tener cuidado de su propia ropa
- cuidar con su higiene personal
- Llevar a cabo lo básico en cocinar
- Tener la capacidad para mantener su espacio de vivir ordenado y limpio
- Hacer llamadas por teléfono por lo menos a las personas claves de apoyo, incluyendo a la familia.
- Hacer las compras básicas que son fiables y eficaces
- Utilizar el dinero y la capacidad de utilizar una cuenta bancaria y / o un cajero automático

Desarrollar relaciones con otras personas y comportarse de una forma socialmente aceptada dentro de la sociedad trabajar medio tiempo o tiempo completo

Hacer amigos a través de las organizaciones en las cuales se está registrado o afiliado ser consciente de los peligros comunes y reconocer a uno mismo como es importante protegerse a sí mismo, esto incluye saber a quién acudir para recibir apoyo es necesario mirar la variedad y variabilidad de los resultados, una amplia gama de aprendizajes para toda la vida, que incluye una definición de educación de adultos, reconociendo la necesidad de aprender habilidades sociales y de adaptación, habilidades para el empleo, la administración del hogar, recreación y ocio, lo mismo que tener un compañero y casarse y en algunos casos formar una familia con niños pequeños (Hormigo, Tallis, & Chein, 2006). Este asunto puede ser demasiado difícil para muchos, pero aún estas oportunidades deben estar disponibles para permitir a los individuos elegir lo que les gusta y en la medida en que puedan. Cada etapa abre nuevas oportunidades (Brown y col. 2008 citado en Verdugo & Bermejo, 2009). Esto es coherente con la definición de la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud, que exige la oportunidad de la "participación" (OMS, 2006).

2.4 La intervención psicopedagógica en adultos con discapacidad

intelectual y del desarrollo.

A continuación se presenta la importancia que tiene realizar un programa de intervención psicopedagógico en adultos con algún tipo de discapacidad entendiendo que el programa de intervención psicopedagógica se refiere a los conjuntos estructurados de actividades y materiales fundamentados en un modelo teórico y orientado a la consecución de objetivos educativos, tiene cabida como se ha señalado anteriormente en una adaptación curricular al ser un medio de planificación y un instrumento de estructuración y desarrollo del currículo. La integración de los programas y en general de todas las actividades que se realicen ganan un mecanismo de compensación, sin que ello suponga elementos de diferenciación discriminatoria por sus dificultades (Parra, 2012).

Algunos de los procedimientos para la enseñanza de las destrezas adaptativas más extendidos y contrastados provienen de la modificación de la conducta. Muchos de ellos emplean el análisis funcional consistente en la identificación del papel que juegan los diversos estímulos en la aparición mantenimiento o eliminación de conductas concretas. La observación en entornos naturales de las conductas elegidas han sido prácticas comunes dentro del campo del retraso mental, y esto implica a menudo la observación directa (Melero, 2001).

Cuando se habla de una intervención psicopedagógica en general se hace alusión a la división clásica de evaluación e intervención psicopedagógica de forma que si hablamos de evaluación psicopedagógica se habla de obtener información adecuada para la toma de decisiones, por intervención psicopedagógica se entiende a un proyecto que partiendo de un modelo teórico y con una planificación de medios busca obtener unos resultados en los que se realizan entre el individuo y el contexto (Mañós, 2010).

Es evidente que ambos núcleos, evaluación e integración psicopedagógica adquieren su relevancia en el alumnado con dificultades de aprendizaje. La intervención psicopedagógica precisa una atención individualizada a las personas con Necesidades Educativas Especiales (NEE), la cual ha evolucionado considerablemente desde una perspectiva clínica-psicológica, y tratamientos centrados en el trastorno o dificultad, desde esta perspectiva sistemática se inicia en la actualización sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje (Parra, 2012).

La intervención propone pautas específicas para los principales problemas del comportamiento que pueden presentar algunas personas con discapacidad Intelectual, esta intervención debe basarse en unos principios fundamentales, el modelo de intervención que se desarrolle debe dar respuesta a las conductas problemáticas (Verdugo & Bermejo, 2009).

Uno de los principales objetivos de la intervención psicopedagógica es centrar el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades; obtener los resultados de este proceso midiendo el grado y el número de destrezas conseguidas que permite la enseñanza de habilidades en medios naturales e integrarlas a rutinas funcionales con su contexto (Verdugo & Borja, 1999).

Verdugo y Borja(1999) mencionan que el paradigma rehabilitador se expone a una institución, donde se generan técnicas de intervención que no son utilizadas de una manera ecológica en reemplazamientos naturales; por otra parte los profesionistas que son expertos en implementar conductas adaptativas, funcionales y relevantes se ven forzados en demasiadas ocasiones a responder demandas paradójicas, a su

vez, responden a que las peticiones que se le hacen al psicólogo, es abordar los problemas de conducta, y que el objetivo básico de las estrategias de intervención se derivan en un modelo psicopedagógico, tomando en cuenta las discapacidades de , un objetivo que va disminuyendo en importancia en la medida que aumenta la edad y la marginada en la que vive la persona.

2.5 Evaluación de la conducta Adaptativa en personas con Discapacidades Inventario para la planificación de servicios y programación individual (ICAP).

El proceso de valoración dentro del retraso mental o de otras deficiencias no es una cuestión abstracta de medición psicológica, sino que es influido por la sociedad misma (Zucker y Pollo Way, 1987 citado en Montero, 1996).

La AAIDD propone el empleo de un modelo de evaluación multidimensional en el cual se pretende ampliar la contextualización del retraso mental, evitar un excesivo protagonismo del C.I y relacionar las necesidades del individuo con el nivel de servicios y apoyos óptimo. Son cuatro dimensiones a considerar en este proceso (Montero, 1996):

- 1) Funcionamiento intelectual
- 2) Aspectos psicologicos y emocionales
- 3) Aspectos de salud y consideraciones etiologicas
- 4) Cuestión del entorno de la persona.

Los desafíos que presenta la integración social de las personas con discapacidad son el primer orden en cuanto identificación y evaluación de sus necesidades o la toma de decisiones sobre los programas de educación especial o de transición a la vida adulta más convenientes (Montero, 1996).

Tomando en cuenta que la conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para el

funcionamiento de su vida diaria. De acuerdo con la definición de la AAIDD 2002, una persona con discapacidad intelectual tiene limitaciones como en la conducta adaptativa (Verdugo & Bermejo, 2009).

La opinión de Montero (1996) es que la conducta adaptativa puede contribuir a mejorar esos procesos en momentos cruciales de la vida de una persona con discapacidad. Es decir la conducta adaptativa es el constructo que proporciona una útil perspectiva heurística para mejorar el diseño, la selección y la puesta en práctica de las intervenciones que priman aquellas habilidades que son necesarias para mejorar el ajuste de las personas con discapacidades a sus entornos presentes y futuros.

Los diferentes instrumentos representan un intento de operacionalizar tanto las diferentes concepciones teóricas de lo que es el comportamiento adaptativo como de los procedimientos para su medida.

El empleo de instrumentos de medida de la conducta Adaptativa ha ido extendiéndose a otros colectivos de personas con discapacidad, la evaluación de la conducta adaptativa y las habilidades adaptativas han evolucionando, la mayoría de los instrumentos que se emplean, tanto para la intervención, no han hecho sino mejorar la calidad de vida de las personas que presentan algún tipo de discapacidad (Verdugo & Borja, 1999).

En esencia, el Inventario para la planificación de servicios y programación individual (ICAP) se compone de un registro sistemático de datos relevantes sobre, la persona atendida por un servicio de dos instrumentos normativos de medida, uno de conducta adaptativa y el otro de problemas de conducta. El ICAP es aplicable a personas de todas las edades y fundamentalmente esta pensado para ser utilizado en personas con discapacidades, que se puede admitir un uso con otro tipo de poblaciones, que en ocasiones se excluyen de la categoría anterior, el ICAP consta de (Verdugo & Borja, 1999):

- ✓ Un registro de diagnóstico o diagnósticos de la persona, datos personales, y limitaciones funcionales (movilidad, visión y audición y estado de salud).
- ✓ Un test de conducta adaptativa que mide de la persona en relación a destrezas básicas para desenvolverse con independencia en su entorno y su estructura en cuatro escalas.
- ✓ Destrezas Sociales y comunicativas (tanto lenguaje expresivo como receptivo):
- ✓ Destrezas de vida en la comunidad (por ejemplo, la utilización autónoma de transportes públicos, la habilidad de la persona para utilizar dinero o emplear el reloj).
- ✓ Destrezas de la vida personal: (satisfacción de una manera independiente de las necesidades personales más inmediatas, como por ejemplo comer o vestirse sola).
- ✓ Destrezas motoras: (tanto finas como gruesas).

El ICAP es una prueba relativamente sencilla y rápida que completa de manera independiente alguien que conozca bien a la persona (autoadministrada).

El ICAP fue tipificado en la comunidad del país Vasco utilizando una amplia muestra (N=900), representativa de la población, en lo relativo a la fiabilidad, la investigación afectuada sobre todo en muestras de personas con discapacidad mostró que posee una adecuada consistencia satisfactoria fiabilidad test y retest y que las estimaciones realizadas por evaluadores independientes son consistentes entre sí (Verdugo & Borja, 1999).

Las partes de la conducta adaptativa y problemas de conducta del ICAP, provienen de escalas de conducta independiente, se utilizó el modelo de ítems Rash (1960 citado en Montero 1996). Una de las características de este modelo radica en obtener nuevos ítems. El ICAP en su versión norteamericana, es producto de esta posibilidad ya que todos sus ítems y datos normativos sobre esta cuestión (Montero, 1996). Para cada escala, más una general que las engloba, hay puntuaciones normativas: de edad, percentiles y puntuaciones típicas, entre otras. Adicionalmente, es posible establecer un Perfil de Implicaciones Instructivas en el que se obtienen dos edades, entre las cuales pudiera ajustarse el contenido de los

programas específicos destinados a las persona evaluada, de forma que su nivel de dificultad no sea percibido por ella como demasiado fácil o difícil (Verdugo & Borja, 1999).

La evaluación de las habilidades adaptativas exige plantearse una serie de problemas, comunes a la utilización de cualquier instrumento de medición como son la fiabilidad, generalización, predicción y utilización adecuada. La formación de los psicólogos les hace los principales responsables para dar las respuestas adecuadas en cada caso a esos problemas, por lo que generalmente son los profesionales idoneos para coordinar las tareas evaluadoras (Verdugo & Bermejo, 2009).

La primera fase de evaluación consiste en decidir si hay retraso mental o no. En una segunda fase, hay que describir cuáles son los puntos fuertes y débiles de la persona en las cinco dimensiones precedentes de la AAMR. En el caso de las destrezas adaptativas, esta valoración se hace en cada una de sus diez áreas. La evaluación de los aspectos psicológicos o emocionales pueden incluir observaciones conductuales en escenarios cotidianos, entrevistas con las personas significativas, evaluaciones tipificadas y exámenes médicos (Montero, 1996).

En la tercera fase es preciso estimar cuál es intensidad de los apoyos que la persona precisa en cada una de las cinco dimensiones, tomando en consideración las demandas del entorno y la existencia de posibles apoyos. Los apoyos individuales pueden ser proporcionados por la familia, u otras personas significativas, o por centros o servicios, los apoyos podrian durar toda la vida, su intensidad varia siempre que sea posible, deben utilizarse apoyos naturales y proximos al entorno del individuo (Montero, 1996)

Las áreas evaluadas por el ICAP, se muestran en la siguiente figura:

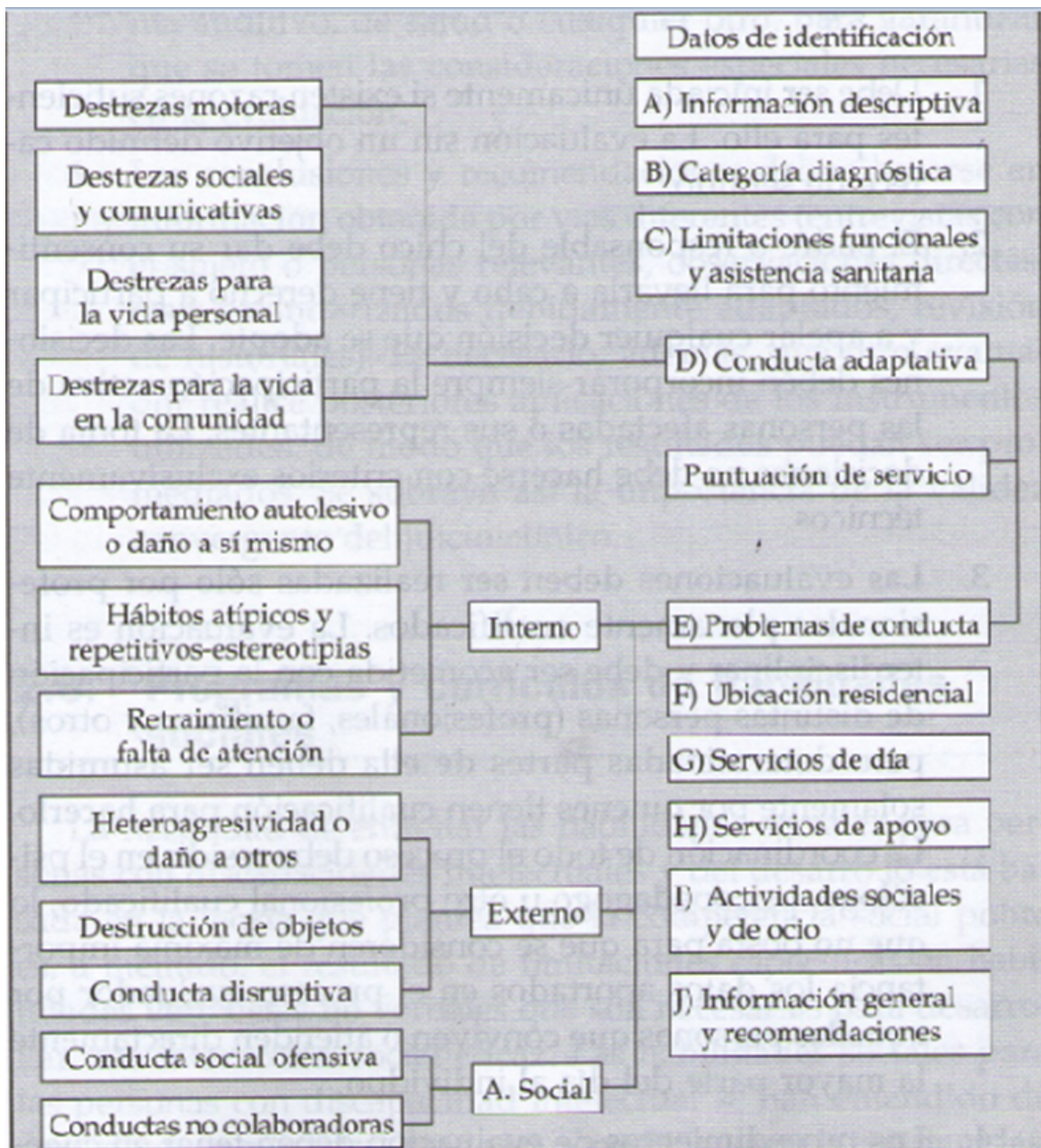


Figura 2. Tabla del ICAP. Bruklin, Hill, Watherman Wodocock,1990 citado en Verdugo & Bermejo, 2009 página 57.

La evaluación de las habilidades adaptativas exige plantearse una serie de problemas, comunes a la utilización de cualquier instrumento de medición, como son la fiabilidad, validez , esta formación de los psicólogos les hace los principales responsables para dar las respuestas adecuadas en cada caso, y por otro lado conviene recordar que la evaluación de las personas con discapacidad intelectual requiere tomar en cuenta las habilidades sociales , y en la necesidad de entrenar dichas habilidades.

Las habilidades sociales para las personas con discapacidad intelectual se han entendido de muy diversas maneras, desde la concepciones más restringidas, centradas únicamente en el entrenamiento asertivo e integrar abjetivos distintos de la conducta adaptativa (Verdugo & Bermejo, 2009).

Según sus propios autores (Bruininks, Hill, Weatherman y Woodcock, 1986, p.1, tomado de Montero, 1999, p.82), el ICAP es:

“... un instrumento estructurado que sirve para valorar variadas áreas del funcionamiento adaptativo y las necesidades de servicio de una persona. El ICAP puede utilizarse para registrar información descriptiva, diagnóstico actual, limitaciones funcionales, destrezas de conducta adaptativa, problemas de conducta, estatus residencial, servicios de rehabilitación y de apoyo, actividades sociales y de tiempo libre. Su propósito principal es contribuir a una evaluación inicial”.

Las áreas de destrezas adaptativas, están muy relacionadas con espacios clave de la intervención con las personas con retraso mental y con los apoyos que probablemente van a necesitar, las destrezas adaptativas pueden estimarse a través de escalas de conducta adaptativa tipificadas en la población general, entrevistas con personas significativas, observación directa o revisión de informes.

PROCEDIMIENTO.

Con base en los resultados obtenidos dentro de la primera observación y a su vez tomando en cuenta como referencia el ICAP (Inventario para la planificación de servicios y programación individual, cabe aclarar que este inventario solo se utilizó como referencia no se llevó a la práctica), se pudo realizar la primera fase de la intervención pues en esta se lograron detectar varias de las áreas donde se necesita intervenir. Entre ellas se encuentra el funcionamiento adaptativo, el primer paso que se realizó fue detectar las habilidades en las que María necesitaba apoyo, con los datos ya obtenidos se realizó un reporte donde se plasmaron todas las NEE(Necesidades Educativas Especiales), se analizó a fondo el informe psicopedagógico que proporcionó la casa hogar y de esta manera se conseguir las escalas que ayudaran a realizar la fase inicial del programa *“como lograr mejorar las habilidades sociales, motoras y comunicativas en una joven con discapacidad intelectual y motriz”*.

El principal objetivo de este programa fue mejorar la calidad de vida de la participante dentro de su propio contexto y ambiente y finalmente se dio lugar a la aplicación y evaluación de dicha intervención.

Fase 1 Reporte de las Necesidades Educativas Especiales

Motivos de la evaluación.

Evaluar, la capacidad cognitiva y psicomotora de María ¹ para esto se tomaron en cuenta algunas de las áreas y subareas de la conducta adaptativa de Holman Bruininks,(1985 citados en Montero, 1996) que constan de las siguientes:

¹ Seudónimo (para proteger la identidad del participante).

Cuidado de sí mismo

Comida, bebida

Vestido

Retrete

Cuidado de la apariencia personal

Desarrollo físico.

Destrezas de la motricidad gruesa

Destrezas de la motricidad fina

Habilidades personales y sociales

Destrezas de interacción

Participación en grupo

Formalidades sociales

Conducta sexual

Autodirección, responsabilidad

Actividades de ocio

Expresión de emociones.

Seguridad personal

Comunicación

Lenguaje receptivo y expresivo

Lenguaje expresivo.

Fase 1 Reporte de las NEE en la discapacidad intelectual y motriz.

OBJETIVO GENERAL.

Diseñar, elaborar, aplicar y evaluar un programa en habilidades motoras, sociales y comunicativas en una joven con discapacidad intelectual y motriz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Diseñar, y elaborar con los datos obtenidos en la evaluación psicopedagógica, un programa de intervención para fortalecer o crear las habilidades motoras, sociales y comunicativas que se requieran potenciar.
- Aplicar el programa de intervención para fortalecer o crear las habilidades motoras, sociales y comunicativas.
- Analizar con los datos obtenidos en la evaluación, el avance con respecto al Marco de Referencias.

ESCENARIO

Una casa hogar para ayuda al Débil Mental ubicada al oriente de la ciudad de México en la delegación Iztapalapa. El inmueble se encuentra a en Av. Tláhuac, tiene un portón grande con barrotes de colores y bardas altas color anaranjado. Es una construcción de un piso pintada de color café con naranja. Cuenta con dos patios grandes y pocas áreas verdes. La dirección y administración se encuentra junto a la entrada principal. Los salones cuentan con grandes ventanales, sillas, mesas, pizarrones, entre otras cosas, lo que permite tener un buen espacio para realizar las actividades del programa de intervención. Con una población determinada de 25 sujetos dentro de la institución todos con Discapacidad intelectual.

SUJETO

Joven de veinticinco años con Debilidad Mental moderada, trastorno de lenguaje, Luxación congénita de Cadera, estrabismo bilateral divergente (Datos proporcionados por la institución) todos estos rasgos limitan las capacidades de María en desarrollar ciertas destrezas como las destrezas de motricidad tanto fina como gruesa.

INSTRUMENTOS:

- ❖ **Diario de campo**
- ❖ **Entrevista**
- ❖ **Observación.**

El diario de campo.

El diario de campo es una Bitácora, donde se registran todos los datos obtenidos durante la observación que se le realiza al sujeto, para comprender y explicar la información que se obtiene sobre las conductas y habilidades relacionadas con el aseo, higiene, comida y vestido.

OBJETIVO DEL DIARIO DE CAMPO.

Observar en la escuela casa hogar, en distintos escenarios el comportamiento a la hora de la comida, recreo, con los amigos, para observar las competencias que ha desarrollado así como también sus debilidades.

Entrevista a personal de la casa hogar (enfermeras y Directora plantel).

La entrevista es un instrumento que permite hacer una recolección de datos donde se da a conocer la historia de vida, agentes que influyen en el diagnóstico del sujeto, por ese motivo se tuvo que realizar este instrumento para conocer más a fondo los datos más específicos de María.

OBJETIVO DE LA ENTREVISTA

Conocer la historia de vida y las habilidades sociales, cognitivas que María llegó a desempeñar durante el tiempo que ha estado internada en la casa hogar,

Observación participante.

Es una técnica de observación utilizada en las ciencias sociales, el punto es compartir con María su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que posee sobre su propia realidad, o sea, pretender conocer la vida cotidiana desde el interior del mismo contexto.

OBJETIVO DE LA OBSERVACIÓN

Describir detalladamente las habilidades cognitivas y sociales que desempeña María y a su vez pueda *optimar* (VEÁSE ANEXO 1, pág. 101).

Abstraer las categorías que proporcionen los datos para la intervención de acuerdo a los objetivos planteados (VEÁSE ANEXO 1).

Fase 2 Diseño y elaboración del programa.

Durante la Fase 1 se estuvo observando el comportamiento de María dentro de la casa hogar; se logró apreciar que María es una chica alegre y sonriente se puede ver que a María le cuesta trabajo saludar cuando llega una persona a trabajar con ella.

Muestra una actitud muy positiva, y esta actitud puede influir para la realización de la intervención; pues es capaz de atender las órdenes que se le muestren; sin embargo, cuando se intenta trabajar por un tiempo más largo, muestra fastidio y quiere abandonar la actividad. Durante ese tiempo se observó que María exige una atención inmediata por parte de sus cuidadores, María tiende a demandar

atención absoluta, y cuando no se le atiende al momento muestra un grado de irritabilidad a pesar de verse molesta no muestra grados de agresividad.

Resultado de las habilidades Sociales, motoras y comunicativas:

Es de suma importancia decir que no se aplicó el instrumento ICAP, sin embargo varias de las áreas a intervenir y evaluar en este programa pueden reflejar una gran semejanza con las áreas contempladas en el ICAP.

En resumen se tomó como referencia para elaborar un nuevo instrumento para recolectar datos sobre las distintas destrezas que evalúan las habilidades a trabajar y las diferentes necesidades personales más inmediatas como comer, vestir ir al baño y cuidado personal etc.

A continuación se presentan las categorías y datos recolectados tomando como inspiración el instrumento del ICAP en las distintas destrezas que se evalúan, así como el resumen y la jerarquización de la conducta y problemas adaptativos.

.

AREA MOTORAGRUESA.	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
Se para y se sienta.	No logra saltar
Camina sola.	No logra correr
Se desliza sobre una resbaladilla	No camina obedeciendo un patrón completo.
Sube y baja escaleras con dificultad.	No camina sobre la barra de equilibrio.
Se columpia.	No se rueda.
Marcha.	No da marometas.
Puede pasar los aros.	No logra saltar en un solo pie

Motora Gruesa: Algunas de las actividades que se utilizaron para lograr observar las fortalezas y debilidades en María fueron, caminar sobre un línea recta, subir y bajar escaleras, pararse y sentarse de una silla, deslizamiento por resbaladilla, correr por el patio, caminar sobre una barra de equilibrio, columpiarse y marchar, de lo cual se puede llegar a la conclusión que María puede caminar sin ayuda, no puede correr, puede subir escaleras, no se agacha, también es necesario mencionar, que le cuesta trabajo realizar movimientos corporales que incluyan un deslizamiento de piernas debido a su Luxación congénita de cadera.

AREA MOTORAFINA	
FORTALEZAS	DEBILIDADES.
Se pone y quita el calzado.	No levanta objetos pequeños con el dedo
Se alimenta con la cuchara.	No abre y cierra frascos
Avienta la pelota.	No hace trazos en papel.
Se sienta en la mesa	No corta con tijeras.
Bebe de un vaso	NO ilumina
Intenta usar tenedor, Logra hacer rayones	No puede pasar un líquido de un recipiente a otro.
Ensambla material didáctico	
Sostiene objetos pesados.	
Abotona desabotona, maneja cierres	
Envuelve y desenvuelve papel.	

Motora fina: En este aspecto María tuvo que insertar ciertas fichas de colores dentro de una agujeta, armar bloques, despedazar trozos de papel, recortar ciertos

objetos aunque pudo lograrlo realizar, no cuenta con la capacidad de realizarlo con pinza digital(es decir con dedo índice y pulgar.) lo que impide que María pueda desarrollar sus actividades con una mejor calidad.

AREA SOCIAL.	
FORTALEZAS	DEBILIDADES.
Reconoce su cuerpo	No Saluda
Distingue frío de caliente	No se acerca a compañeros más pequeños que ella.
Distingue el peligro de los objetos cortantes.	No se viste sola.
Tiende a compartir los materiales con sus compañeros.	
Mantiene la atención a un juego.	
Juega sola.	
Espera a tomar su turno	
Obedece al escuchar su nombre.	
Reconoce animales domésticos.	
Utiliza el orinal	
Quita o baja la ropa atendiendo su necesidad.	
Se seca.	
Se peina.	

Área social: Se observó que María reconoce algunos animales y objetos. Sin embargo hay animales que todavía no distingue, también se trabajó con la diferencia entre un hombre y una mujer, el resultado fue satisfactorio. Pues María cuenta con la capacidad suficiente para identificar el género tanto masculino como femenino, no tiene la capacidad de reconocer objetos que no se encuentren dentro de su contexto social.

AREA DE LENGUJE	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
Hace ruido con los labios	No logra sostener una conversación
Distingue sonidos comunes en su ambiente.	No articula fonemas como lo son /r/ /s/ /ñ/ entre otros.
Utiliza expresiones corporales.	No es capaz de distinguir el día de la noche.
Usa más de dos palabra.	No logra distinguir los colores.
Hace berrinches si esta frustrada.	No logra comprender más de 15 palabras continuas.
Se pone nerviosa cuando hay cambios.	No puede leer.
Obedece mandatos simples.	No puede escribir
Demuestra alegría, tristeza, etc.	No logra reconocer cierto tipo de palabras.
Reconoce a sus compañeros.	

Área Lingüística.

María, presenta con algunas dificultades fonológicas, cabe mencionar que si cuenta con vocabulario, puede expresar sentimientos y emociones, tanto de forma verbal como corporal al mismo tiempo que se logra dar a entender. Sabe realizar sonidos, con los labios, distingue sonidos comunes en su ambiente, se pone nerviosa con los cambios, hace berrinches, responde a la música, demuestra, sentimientos y emociones, como lo es la alegría y la tristeza, utiliza más de 2 palabras, no logra comprender más de quince palabras continuas, no puede leer, no distingue colores, no articula fonemas como lo son /r/ /s/ /ñ/ entre otros y no logra sostener una conversación.

Cada una de las actividades que se realizaron sirvieron para obtener los presentes resultados esperando dar una respuesta educativa adecuada conforme a sus déficit, y proporcionar datos correctos que facilitaran el cumplimiento de los objetivos, y su vez estos datos revelaran los componentes para realizar la intervención psicopedagógica. Cabe mencionar que todas las actividades se contextualizaron a las necesidades del sujeto a intervenir así como los niveles de funcionamiento tomando como referencia algunas de las áreas que evalúa ICAP.

Reporte de las NEE (Necesidades Educativas Especiales a Directora del Plantel).

Con los datos obtenidos de la fase 1 y 2 se redactó el siguiente reporte dirigido a la Directora del plantel.

Ficha De Identificación Del Sujeto.

Paciente: María

Edad: 25 años.

Huérfana.

Casa hogar para ayuda al Débil Mental, ubicada al oriente de la ciudad de México en la delegación Iztapalapa.

Motivo de la detección psicopedagógica:

Se reporta retardo cognitivo y psicomotor en los procesos de aprendizaje.

Objetivo de detección:

Evaluar la capacidad cognitiva y psicomotora dentro del marco de la conducta adaptativa.

Antecedente del Desarrollo: María es una chica de 25 años de Edad, es de estatura media, complexión gruesa, tiene un color de ojos café oscuro , tiene Discapacidad Intelectual severa (IQ -50) este dato fue proporcionado por el informe clínico de María², a su vez se conoce por parte del expediente clínico, que María

² Informe estrictamente confidencial y resguardado por la institución.

nació en la ciudad de Sonora en 1987, hasta la edad de 11 años, fue criada por el señor T, quien asevera que la niña fue abandonada en su tienda de abarrotes, sin embargo se manifiesta que el Sr. T fue diagnosticado con una enfermedad terminal y con un estado crítico de salud, razón por la cual María fue trasladada al DIF de la ciudad de México.

Según el expediente menciona que el señor T, conoció a la madre biológica de María en el cual indica que se dedicaba a prestar servicios sexuales (prostitución), se comenta también en dicho expediente, que la madre padecía distintas adicciones toxicológicas (problemas de drogadicción), se desconoce la historia del padre biológico.

Actitud mostrada durante la valoración psicopedagógica:

Este periodo fue prolongado, ya que se estuvo trabajando durante 12 sesiones para la observación. Como cada sesión María, se comportó alegre y sonriente se pudo observar que a María le cuesta trabajo saludar cuando llega una persona a trabajar con ella.

La mayor parte del tiempo María se mostró con un carácter muy pasivo, era capaz de atender las ordenes que se le brindaban; en momentos se mostraba un poco fastidiada y cuando eso sucedía, la chica quería abandonar la actividad, un ejemplo claro es cuando a la chica se le pedía que reconociera ciertos objetos, al insistirle hacer dicha actividad, la chica se molestaba y era en esos momentos donde se podía intervenir más directamente con ella utilizando herramientas como el cuento de una narración o simplemente dejándola descansar por un periodo corto; el objetivo de esto era estimularle y hacer que se reintegrara a la actividad, si la instructora observa frustración o angustia en la actividad que ha realizado, la cambia de inmediato o la cancela ya que el objetivo primordial de cada actividad es que se cumplan los objetivos de evaluación.

Durante ese mes de observación participativa se notó que María solía ser muy egocéntrica este punto fue analizado porque cada vez que se trabajaba con ella y se le pedían actividades individuales, tendía y exigía la atención solo para ella, al mismo tiempo cada vez que se dialogaba con su enfermera, María quería que todo el tiempo se estuviera con ella y se le brindara a ella y cuando no se le atendía al momento mostraba un grado de irritabilidad sin embargo a pesar de verse molesta no muestra grados de agresividad hacia la instructora.

Resultados obtenidos durante la evaluación psicopedagógica de NEE:

Área social:

Se observó que María reconoce algunos animales y objetos. Sin embargo hay animales que todavía no distingue, también se trabajó con la diferencia entre un hombre y una mujer, el resultado fue satisfactorio puesto que en el contexto social en el que ella se encontraba era de suma importancia conocer los roles sociales que desempeñaban cada uno de sus compañeros. María cuenta con la capacidad suficiente para identificar el género tanto masculino como femenino, no tiene la capacidad de reconocer objetos que no se encuentren dentro de su contexto social, puede distinguir los distintos tipos de climas como el frío y calor, puede reconocer distintas partes de su cuerpo, obedece alguna indicación al escuchar su nombre, juega, sola espera su turno, quita o baja su ropa atendiendo a sus necesidades, no se acerca a compañeros más pequeños que ella y no se viste sola.

Área psicomotora

Motora: fina: En este aspecto María tuvo que insertar ciertas fichas de colores dentro de una agujeta, armar bloques, despedazar trozos de papel, recortar ciertos objetos aunque pudo lograrlo realizar, no cuenta con la capacidad de realizarlo con pinza digital(es decir con dedo índice y pulgar.) lo que impide que María pueda

desarrollar sus actividades con una mejor calidad. Sin embargo cuenta con la capacidad de manipular sus dedos restantes.

Motora Gruesa: María puede caminar completamente sola, sin embargo se pudo observar que no puede correr, puede subir escaleras, no se agacha, también es necesario mencionar, que le cuesta trabajo realizar movimientos corporales que incluyan un deslizamiento de piernas debido a su Luxación congénita de cadera.

Área lingüística:

María, cuenta con algunas dificultades fonológicas, cabe mencionar que sí cuenta con vocabulario, puede expresar sentimientos y emociones, tanto de forma verbal como corporal al mismo tiempo que se logra dar a entender. Sabe realizar sonidos, con los labios, distingue sonidos comunes en su ambiente, se pone nerviosa con los cambios, hace berrinches, responde a la música, demuestra, sentimientos y emociones, como lo es la alegría y la tristeza, utiliza más de 2 palabras, no logra comprender más de quince palabras continuas, no puede leer, no distingue colores, no articula fonemas como lo son /r/ /s/ /ñ/ entre otros y no logra sostener una conversación.

Conclusión:

Es de suma importancia realizar actividades donde María pueda mejorar su calidad psicomotora tanto gruesa como fina y a su vez logré descentralizarse, tomando en cuenta sus fortalezas para que pueda lograr vigorizar sus debilidades tales como, distinguir objetos que sean de importancia dentro de su contexto social, que le permitan ser más autónoma.

Recomendación.

Realizar actividades donde María pueda ampliar su vocabulario, así como también adquiriera mayor autonomía dentro y fuera de su contexto social.

- Área Psicomotora:
 - ❖ Motora Fina: es importante que María diariamente realice actividades como abrochar, desabrochar botones, recorte, pegue, etc con la finalidad de refinar esta área.
 - ❖ Motora Gruesa: es importante que María realice por lo menos 15min. Al día movimientos que le ayuden mantener en forma algunos músculos; botar pelotas echar globos en una canasta, coger objetos con una o dos manos pueden ayudar a mejorar sus movimientos articulares.
- Área Social: Se recomienda que María haga diariamente el reconocimiento de objetos, figuras, colores etc... ordene imágenes en distintas secuencias y contextos.
- Área comunicativa: es importante no limitar a María a la hora de expresar sus inquietudes, sentimientos, también es recomendable que intente mantener conversaciones sencillas con algunos integrantes del plantel, e incluso con las e

Fase 3. Desarrollo de la aplicación de la intervención “mejora de las habilidades sociales motoras y comunicativas en una joven con discapacidad intelectual y motriz”

Cabe mencionar que al llevar a cabo el programa de intervención, fue necesario recolectar todos los datos posibles con el sujeto, posteriormente realizar aquellas técnicas que permitieron potenciar las capacidades de la persona en lo referente al cúmulo de situaciones de vida diaria.

Una vez recolectados todos los datos, se eligieron cuatro áreas que se consideraron importantes para el desarrollo del programa de intervención, estas áreas fueron las psicomotoras, que a su vez se encuentran divididas en motricidad gruesa y fina, el área social y comunicativa: en donde se realizaron 20 sesiones de una hora; cada área estuvo compuesta por 5 sesiones de 60 minutos cada sesión.

El objetivo primordial de esta intervención es:

- Potenciar los procesos de autoayuda en personas con Discapacidad en personas adultas.
- Potenciar la adaptación de las personas con discapacidad
- Favorecer la interacción con el entorno que lo rodea.

La relación de tipo profesional, que ofrece esta intervención tiene como objetivo ofrecer elementos y posibilidades para las personas adultas con discapacidad.

El trabajo de intervención se realizó dentro de la casa hogar cabe destacar que la mayoría de las actividades fueron de carácter grupal, es decir con algunos de sus compañeros se desarrollaron actividades físicas programadas.

Área psicomotora (fina y gruesa)

En esta parte de la intervención se buscó obtener una mejor motricidad tanto fina como gruesa, y a su vez explicar la importancia que tiene el hecho de mover las manos o el cuerpo, actividades como el realizar un sencillo collar con pasta dignifica la estética, y se puede a su vez explicar a María la importancia que tiene el movimiento de sus manos.

Se programaron 5 sesiones, de 60 minutos cada una (véase anexo 4).

Área Social.

En esta parte de la intervención se observa la riqueza de percibir y relacionarse con el entorno que rodea a esta María. Actividades como el reconocimiento de sus manos, cuerpo, ordenación del tiempo pueden beneficiar a María a llevar una mejor interacción con sus compañeros de la casa hogar.

Área comunicativa.

Esta área lleva a María a desarrollar un tipo de comunicación no verbal y verbal con una forma propia e individual para que su forma de comunicación con cada persona no se base en la falsedad, o en la mala interpretación de los canales receptivos, actividades como la repetición de algunos fonemas, discriminación acústica, asociación de sonidos etc. Pueden beneficiar ciertos objetivos.

Se programaron 5 sesiones, de 60 minutos cada una (ibídem).

Materiales a utilizar:

- Música
- Grabadora
- Frutas verduras
- Objetos diversos (dependiendo del área).
- Globos
- Pelotas

**Fase 4 Diseño, aplicación y evaluación del programa de intervención
“Cómo lograr mejorar las habilidades sociales motoras y comunicativas
en una joven con discapacidad motriz e intelectual”.**

Con el análisis de los resultados de la Fase 2 se diseñó, aplicó y evaluó el Programa de intervención donde María logró ser un poco autónoma en sus funciones diarias; se utilizaron actividades acordes a su edad cognitiva estas dieron la función de herramientas para lograr intervenir de manera más acorde a los objetivos planteados que fueron basados en la AAIDD (2002).

Se realizaron 20 sesiones; en cada una de ellas se muestran la adaptación y aceptación en situaciones que se requieran apoyo dentro del contexto del participante, el punto es realizar actividades que sean adecuadas para las personas mayores con discapacidad tomando como principal herramienta el entorno que las rodea, lo que significa que se debe observar y hacer observar lo funcional para el individuo. Estar atento a la información que proporciona el entorno permite ver cuáles son las necesidades específicas con las que cuenta cada persona, el hecho es personalizar las actividades acorde a las NEE y así lograr una mejora en estas, En el caso de María fue beneficioso realizar actividades manuales con gente mayor, esto permitió una mejor calidad en la motricidad fina, además por cada sesión se adecuaron las actividades con el sentido que lo requerían.

Es conveniente decir que las actividades que ahora se presentan, no son todas, ni tampoco las más importantes si no que son actividades que pueden realizarse para hacer frente a las discapacidades intelectuales desde una forma estimulativa y concreta.

Dar sentido a los significados permite ser referentes a la experiencia de cada persona y dar referentes vitales de cada experiencia.

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a su vez se muestran las habilidades en donde se detectó un mayor apoyo, al mismo tiempo se pautó el nivel de desarrollo que se consiguió de cada una de estas habilidades, es decir que la mayoría de las pruebas que se estructuran en esta evaluación están relacionadas, con sus respectivos ítems ordenados según la secuencia evolutiva o dificultad. Se pretende así estructurar los grupos de destreza que puedan responder a las exigencias naturales.

En la siguiente tabla se pueden apreciar los indicadores que evalúa cada área de la conducta adaptativa; es decir en la parte derecha de esta tabla podemos observar los indicadores que marcan los ítems de cada área donde se aprecian las habilidades a desarrollar, mientras que por el lado izquierdo de esta se pueden analizar los indicadores que marcan cada uno de los patrones que determinaron parte de la conducta adaptativa en María.

Instrumento para recaudar datos.

Para evaluar las distintas dimensiones de la conducta adaptativa se puede manifestar que a pesar de que existen instrumentos psicométricos que permiten evaluar la conducta adaptativa (tal es el caso del ICAP) en esta investigación se realizó un propio instrumento que permitió ayudar a recaudar los datos necesarios para la elaboración de este proyecto.

Este instrumento se realizó desde una perspectiva más relacionada a las actividades que se encontraban dentro del entorno del participante, entrevista con la directora del plantel, la observación directa, la aplicación de pruebas, estandarizadas fueron algunas herramientas que ayudaron a obtener una información más descriptiva sobre el comportamiento de María.

Evaluación Área Social.

indicadores	Abandona la Tarea	Atención Dispersa	Ayuda Intermitente	Con ayuda de compañeros	Con ayuda de maestra.	Con modelo a seguir.	Con instrucción	Desarrollo de actividades por iniciativa propia
Identifica actividades del día.					X			
Cumple con los tiempos asignados.					X			
Expresa Emociones en las Actividades.								X
Hace uso adecuado de su ropa.		X						
Identifica el problema.		X						
Indica Alternativas ante un problema.					X			
Reconoce sus responsabilidades y tareas diarias.						X		
Decide que hacer en un conflicto.					X			

Área social.

Se ha notado en María mayor ubicación a lo largo del día, en algunas ocasiones logra, identificar los objetos que se le piden. Sigue las instrucciones al pie de la letra, solo que se debe de estar pendiente de ella pues se distrae con facilidad, así que si se le brinda la indicación se debe de comprobar que lo está llevando a cabo. Es muy colaboradora y siempre con gusto lo resuelve, hubo sesiones donde su comportamiento fue un poco agresivo, Sin embargo la enfermera del colegio comenta que esto se debe a un cambio de medicamento.

Evaluación Área de lenguaje.

indicadores	Abandona la Tarea	Atención Dispersa	Ayuda Intermitente	Con ayuda de compañeros	Con ayuda de maestra.	Con modelo a seguir.	Con instrucción	Desarrollo de actividades por iniciativa propia
Expresión verbal.					X			
Comprensión Verbal.							X	
Hace ruido con los labios							X	
Distingue sonidos comunes en su ambiente.								X
Utiliza expresiones corporales.								X
Usa más de dos palabra.								X
Hace berrinches si esta frustrada.								X
Obedece mandatos simples.								X

Área de lenguaje.

A pesar de que su lenguaje sigue siendo poco satisfactorio, pues no logra articular ciertos fonemas; María logra expresarse y comunicarse, sin mayor problema, se le pueden comprender muy bien todas sus inquietudes, necesidades y estados de ánimo. Ella también logra comprender lo que se le dice o se le pide. Anteriormente siempre interrumpía las conversaciones o se anexaba a estas, poco a poco ha disminuido dicha conducta, pero hay que estar trabajando constantemente en esta actitud.

Evaluación Área Psicomotora Fina.

indicadores	Abandona la Tarea	Atención Dispersa	Ayuda Intermitente	Con ayuda de compañeros	Con ayuda de maestra.	Con modelo a seguir.	Con instrucción	Desarrollo de actividades por iniciativa propia
Recorta.					X			
Hace boleo.							X	
Hace pinza digital.							X	
Traza fino.		X						
Tira y levanta objetos.								X
Aprieta y suelta.								X
Amasa								X
Pinta, Colorea y pega.								X

Área motora fina.

En ocasiones a María le es complejo realizar las actividades motrices finas, debido a su distracción, por lo que se le tiene que apoyar para ayudarle a dirigir su mano y lo que esté utilizando y así cumplir el objetivo de la actividad.

Área Motora Gruesa.

Indicadores	Abandona la Tarea	Atención Dispersa	Ayuda Intermitente	Con ayuda de compañeros	Con modelo a seguir.	Con instrucción	Desarrollo de actividades por iniciativa propia
Flexibilidad				X			
Fortalecimiento						X	
Resistencia						X	
Equilibrio y Coordinación				X			
Se arrastra		X					
Se da vueltas				X			
Realiza talones y puntas.		X					
Patea					X		
Se pone en cunclillas.				X			

Área Motora Gruesa.

La motricidad Gruesa en María se presenta de forma débil y poco audaz, quizás es el área en donde más requiere de apoyo, Aunque la actitud de Ella es muy favorable, le gusta practicar cualquier ejercicio en especial si se le coloca algún tipo de música. Suele ser impulsiva, algunas veces no logra controlarse, pero esta actitud se le pasa rápido, requiere de un apoyo intermitente para realizar estas actividades.

CONCLUSIONES:

El presente trabajo de intervención tuvo como principal objetivo el diseño, elaboración, aplicación y evaluación en las habilidades motoras, sociales y comunicativas en una joven con discapacidad intelectual, para realizar este proceso inicialmente se encontraron ciertas limitaciones una de ellas es que la paciente no se encontraba propiamente en una institución educativa. Sin embargo a pesar de ciertas circunstancias, se puede expresar un mejoramiento en algunas actividades que le ayudaron a tener un avance en sus habilidades cognitivas y una mejor adaptación en su entorno.

En la siguiente tabla se muestran los alcances que se obtuvieron con mayor relevancia del programa:

ÁREAS	OBJETIVOS	ANTES	DESPUES	ALCANCES A SEGUIR MEMOJARANDO.
MOTORA FINA	Refinar las habilidades motoras finas.	Dificultad para recortar	Ahora logra realizarlo con el apoyo de una persona.	Recortar, y realizar un trazo más definido pueden servir, para refinar las habilidades motoras finas.

MOTORA GRUESA	Mover articulaciones coordinando los movimientos.	Poca flexibilidad a la hora de realizar actividades como saltar o correr	Si bien no logra saltar, o correr María puede arriesgarse a seguir con una actividad física que se le pida, siempre y cuando un compañero la acompañe a realizarla.	Realizar cualquier actividad física acompañada de la música, podría ayudar al mejoramiento de coordinación y ritmo.
SOCIAL	Reconocimiento de textura, y cambio de ropa, relacionar textura forma de color, y cambio de ella.	Dificultad para vestirse sola.	Logró identificar algunas prendas de vestir, e intenta colocárselas.	Seguir realizando actividades donde María pueda identificar diferentes tipos de objetos.
COMUNICATIVA.	Relacionarse y comunicarse con los integrantes de la casa hogar.	No lograba sostener una conversación	Consiguió expresarse y comunicarse por medio de expresiones corporales.	Repetir las indicaciones e instrucciones de cada actividad, pues esto permite que María logre expresarse y comunicarse sin mayor problema.

Habilidades desarrolladas como Psicólogo Educativo.

Cabe mencionar que este proyecto permitió desarrollar habilidades psicopedagógicas tales como:

- La evaluación inicial ante un proyecto de investigación
- Elaborar el diseño de actividades que permitieron mejorar las conductas del participante acorde a sus necesidades y a su contexto.
- Realizar la elaboración de un propio instrumento que permita la recolección de datos tomando como referencia ya una batería existente.
- Realizar la aplicación de dichas actividades y a su vez realizar su evaluación.

El propósito de este estudio fue apoyar las habilidades de adaptación en una joven con Discapacidad Intelectual y motriz; para realizar este proyecto inicialmente se tuvieron que encontrar aquellas debilidades que requerían apoyo, esto se hizo por medio de observaciones, entrevistas, diarios de campo etc. Analizar y ver las limitaciones y alcances permitieron tener mejores resultados a la hora de evaluar esta intervención, al mismo tiempo se logró llevar a la práctica una metodología completamente cognitiva.

Alcances y limitaciones:

Área social:

Como se puede observar en la evaluación de María ésta tiene mayor ubicación de las actividades que debe realizar a lo largo del día, en algunas ocasiones logra identificar los objetos que se le piden. Sigue las instrucciones al pie de la letra, solo que se debe estar pendiente de ella pues se distrae con facilidad, así que si se le brinda la indicación se debe comprobar que lo está llevando a cabo. Es muy colaboradora y siempre con gusto lo resuelve, cabe mencionar que hubo sesiones donde su comportamiento fue un poco agresivo. Sin embargo la enfermera del colegio comenta que esto se debe a un cambio de medicamento.

Se considera que si se retoman de manera permanente actividades de la intervención María podría tener un mejor desempeño en esta área.

Área de lenguaje.

Una vez analizada esta área en la evaluación se puede inferir que el lenguaje de María, sigue siendo poco satisfactorio, pues no logra articular ciertos fonemas; María logra expresarse y comunicarse, sin mayor problema, se le pueden comprender muy bien todas sus inquietudes, necesidades y estados de ánimo. Ella

también logra comprender lo que se le dice o se le pide. Es de suma importancia motivar a María a la hora de que ella intenta comunicarse, pues al notar que una persona no le entiende lo que desea expresar, se queda callada y solo muestra sus expresiones de forma corporal y no oral.

Área motora fina.

A María le es complejo realizar las actividades motrices finas, debido a su distracción, por lo que se le tiene que apoyar para ayudarle a dirigir su mano y lo que esté utilizando y así cumplir la actividad cumpliendo el objetivo.

Área Motora Gruesa:

Tomando en cuenta la motricidad gruesa María para seguir las indicaciones que se le dan es poco intrépida, quizá es el área en donde más requiere de apoyo, la actitud de ella es muy favorable, le gusta practicar cualquier ejercicio en especial si se le coloca algún tipo de música. Suele ser impulsiva, lo cual ocasiona que abandone la tarea asignada, requiere de un apoyo intermitente para realizar estas actividades.

Es de suma importancia mencionar que todas las actividades que realice debe de realizarlas sola.

Propuestas de seguimiento y mantenimiento del programa

Es importante mencionar que María es una persona que presenta una discapacidad intelectual y motriz, esto hace que no logre realizar actividades donde pueda tener un control sobre su vida cotidiana, un ejemplo sería su falta de sensibilidad con otros compañeros y a su vez que tenga una perspectiva individual y mantenga la atención en las tareas asignadas.

Una de las metas primordiales y quizá bastante ambiciosa que puede funcionar en esta propuesta es desarrollar la autoestima de María, el punto es que logre abarcar sentimientos que tenga de sí misma, incluyendo el respeto y la autovaloración. Para ello debe aprender a sentirse valiosa, digna de aprender y ser competente, capaz de aportar algo a los demás y capaz de desenvolverse de forma independiente y autónoma dentro de su contexto.

Esto lo va ir logrando a través de la adquisición y el desarrollo de conductas nuevas que sean adaptativas al entorno que la rodea, entendiendo esto como un conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en la vida diaria, teniendo una independencia personal. Las habilidades sociales son las que permiten llevar a prácticas relacionadas con la independencia personal y acceden a la joven a realizar conductas o hábitos con respecto a su propio cuerpo y necesidades o deseos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Acle, T. G.** (2006). Educación Especial y Práctica. México: Plaza Y Valdés
- Acosta R. V. M.** (Dir.), La evaluación del lenguaje. Teoría y práctica del proceso de evaluación de la conducta lingüística infantil, Aljibe, Málaga, 1998.
- Aguarta, E.** (1972). Problemas del lenguaje y problemas de la enseñanza del lenguaje. Recuperada el 1 de Junio del 2013 recuperado del sitio web Apuntes de psicología revista cuatrimestral de psicología:
<http://www.semanticboss.com/?t=www.psicodoc.org>.
- Arancibia, E.** (2007). La educación motriz como terapia alternativa. Barcelona: Médica.
- Berruazo, E.** (2009, Octubre,12). En estimulación para su bebé : desarrollo evolutivo y guía de actividades, Recuperado el día 13 de Noviembre del 2012. Cosas de la infancia. México <http://www.coasdelainfancia.edu.com>.
- Boscaini, F.** (1994). "La educación psicomotriz en la relación pedagógica. México: Paidós.
- Bracqbien, C., García, M. E., & Luna, M. M.** (2008). Habilidades cognitivas. Tabasco, Villahermosa: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Castadeno, C.** (1998). Bases psicopedagógicas en la Educación Especial Evaluación e intervención. Madrid: CCS.
- Castanedo, C.** (1999). Deficiencia Mental Aspectos teoricos y tratamientos. Madrid CCS.
- Chateu, J.** (1956). Los grandes pedagogos. México: Fondo De Cultura Economica.
- CONAFE.** (2010). Discapacidad Motriz. México: SEP.
- Danielle Van Steenlandt.** (1991). Bases Ideológicas de la Integración Escolar. La integración de niños discapacitados a la educación común (págs. 19-45). Santiago de chile: Unesco.
- Delfin, M. C.** (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con Discapacidad.* Bilbao: Mensajero.
- Franco, J. R.** (2008). La educación especial y la integración educativa. Entre Maestros, 8(24), 62-69.

- García,C,I; Escalante H, I; Escandon, M, M. C; Fernández T. L. G Musti D. A y Galatyud , M.** (1995). La integración educativa en el aula regular. , finalidades y estrategias. SEP. México España: Manual Moderno.
- Garantilla, C.** (24 de septiembre del 2010) Necesidades Educativas Especiales. Recuperado el día 22 de octubre del 2012, de niños con retraso mental <http://persowandoocgob.es.home>
- Gine C. y Font J.**(2007) El alumno con discapacidad intelectual y el desarrollo. En: Bonals y M.Sánchez-Cano (Coords.) Manual de asesoramiento psicopedagógico. Barcelona: Grao.
- Gispert, C.** (1989). Psicología Infantil y Juvenil. Barcelona: Oceano.
- Gispert, C.** (2008). Psicología para Todos. Barcelona España.: Oceano.
- González, E.** (1995). NEE intervención psicopedagógica. Barcelona: CCS.
- González, C.** (1997) chicos especiales e integración ¿Mucho poquito o nada? Argentina: Lumen.
- González. E.** (1999) La educación especial: concepto y datos históricos. En: E. **González** (coord.) Necesidades Educativas especiales. Intervención Psicoeducativa. pp. 17-47. Madrid: CCS
- González, M. M.** (2007). Cómo detectar al Niño con niño con problemas de habla. México: Trillas.
- Hormigo, A., Tallis, A. E., & Chein, E. d.** (2006). *Retraso mental en niños y adolescentes.* Argentina: Novedades Educativas.
- Ingalls, P. R.** (1982). *Retraso Mental.* Nueva York: Estados Unidos.
- Jimenez, J. O., & Mejia, J. V.** (1982). *Psicomotricidad Juegos y Cantos Programados.* Madrid: Actual.
- Kagan, P. M.** (1979). Desarrollo de la personalidad del niño. España Barcelona: Trillas.
- Larraz, A. y Figueroa, J.** (1988): El acondicionamiento de los patios de recreo, en Cuadernos de Pedagogía Madrid: ASCD
- Le Boulch, J;** (1997): El movimiento en el desarrollo de la persona. España: Paidotribus.
- Le Boulch, J;** (1992): La educación por el movimiento en la edad escolar. Argentina: Paidós.

- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A.** (2002) (10th ed.). Procesos cognitivos y desempeño lector. Recuperado el 8 de Junio del 2012 en el sitio web educación especial para adultos: <http://www.educaciónespecialparaadultos.gob.mx>
- Maños, Q.** (07 de Abril de 2010). Animación Estimulativa para personas mayores Discapacitadas. Recuperado el 20 de Agosto de 2013, de Animación Estimulativa para personas mayores Discapacitadas.: <http://www.educaciónespecialparaadultos.gob.mx>
- Marchesi, A.** (2001). "Del lenguaje de la deficiencia a las escuelas inclusivas". En A. **Marchesi, C. Coll y J. Palacios** (comps.) "Desarrollo Psicológico y Educación. 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales". Madrid: Alianza.
- Melero. Montero., M. M.** (2001). El juego en los niños enfoque teórico. Red de revistas científicas América Latina y el Caribe, 7(32) ,113-124.
- Montero, D. C.** (1996). *Evaluación de la conducta adptativa en personas con discapacidades*. Bilbao: Mensajero.
- Mondragón, G.G.** (24 de mayo de 2009) Confederación parlamentaria de las Américas. Comisión de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Recuperado el 14 de abril del 2013, impulso a la capacitación docente: www.copa.qc.ca/.../PlandetrabajoComisionedeEducacion.gob.mx
- Olds, S.** (2006). Desarrollo Humano. . México: Mc Graw Hill.
- Parra, L. D.** (2012). Dificultades de aprendizaje: Ubicación de criterios de aprendizaje unificación de criterios diagnosticos. *Intervención psicopedagógica en dificultades específicas del aprendizaje.*, 51-77.
- PEP.** (2011). Proyecto de Educación Preescolar. México: SEP.
- Pérez, Gonzáles, M. y Pueyo Losa J.** Democratic Spain: An International Context. Nueva york. Ciencias Sociales Papeles de Economía Española.
- Puga V. R** (2000). La integración educativa. Principios, finalidades y estrategias. SEP. México.
- Ramírez, P. I.** (1982). *Retraso Mental*. Nueva York: Manual Moderno.
- Rodriguez, Y.** (1987). *Vida y Psicología*. Nueva York- México: Readers, Diget.
- Rojas, C.** (1989). La adquisición del lenguaje: Procesos multifactorial. En espacios para la lectura. México: Fondo de Cultura Económica.

- Sánchez, E. J.** (2001). El significado oculto del término las necesidades educativas especiales. Interuniversitaria de la formación del profesorado, Barcelona: Alianza.
- SEP.** (2002) Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa, México: SEP.
- Smith, C;** (1978) El cerebro. Barcelona. Alianza.
- Smith, D;D.** (2001). Bases Psicopedagógicas de la educación especial. Madrid: Pearson.
- Suárez, B.** (2001). Estrategias Psicomotoras. México: Limusa.
- Vaca, M.** (1996). Tratamiento pedagógico de lo corporal en educación infantil. Propuesta de un modelo de intervención a través del estudio de un caso en el Segundo Ciclo. Tesis de licenciatura para el grado de pedagoga, UNAM, México.
- Verdugo, & Alonso, Borja M. &.** (1999). *Hacia una perspectiva de la discapacidad* . Salamanca: AMARU.
- Verdugo, M. A., & Bermejo, B.** (2009). *Discapacidad Intelectual Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Verdugo, M.A.** (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.
- Verdugo M.A.** (2002) Retraso Mental Definición, Clasificación, y Sistemas de Apoyos. Estados Unidos. Alianza.
- Zapata, O.** (1994). El aprendizaje por juego. México. Pax.

A n e x o s -

Anexo 1

Guión de Entrevista:

1. Campo a disciplinar
 - 1.1 Concepto de la Educación especial
 - 1.2 Procesos educativos y psicológicos que se llevan a cabo.

PREGUNTAS:

¿Cuál es su punto de vista con respecto a la problemática de María?

¿Cómo observa el comportamiento de María?

¿Cuántas horas al día le dedica para ayudar a María en las tareas de la casa?

2. Campo de práctica psicopedagógica.
 - 2.1 La conducta adaptativa en su contexto social
 - 2.2 Las implicaciones del ambiente.

PREGUNTAS:

¿Cómo observa la conducta de María dentro del aula escolar. ?

¿Cómo es el comportamiento de María con el resto sus compañeros?

¿Qué cambios ha observado en la conducta María?

¿Qué cambios emocionales se notaron en María?

¿Considera que estos cambios han repercutido en el comportamiento e María?

3. CAMPO DE ACTUALIZACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.
 - 3.1 Técnicas a realizar para la intervención
 - 3.2 Práctica directa a la intervención psicopedagógica.

PREGUNTAS:

¿Ha notado algún tipo de comportamiento extraño en María que le pueda llamar la atención o que sea motivo de preocupación, tales como dejar de comer o de jugar?

¿Cree usted que es necesaria algún tipo de intervención profesional con respecto a la Conducta de María, que ha manifestado en el preescolar para el mejoramiento de la antes mencionada?

¿Qué espero encontrar en cada una de las preguntas?

Con base a la práctica teórica de mi marco de referencia relacionar cada tema con María.

¿Qué es el concepto de la Educación especial?

¿Cuáles son los Procesos educativos y psicológicos que se llevan a cabo dentro del plantel?

¿Para usted la conducta adaptativa en su contexto social?

¿Las implicaciones del ambiente son necesarias en el desarrollo?

¿Qué técnicas a realizar llevan al realizar la intervención?

¿Se lleva la práctica directa a la intervención psicopedagógica dentro del plantel?

Anexo 2:

Variables a observar Tabla de registro de cada uno de los objetivos.

OBJETIVOS	Averiguar cómo la joven realiza cada una de las actividades.	Conocer cómo es su contexto social	Investigar cómo se puede intervenir en los aspectos de la evaluación	Inferir cuales son las concepciones de la joven.
CALIDAD				
EFICIENCIA				
PRACTICIDAD				
SENCILLEZ				
FACILIDAD				
COMPLEJIDAD				
VIGENCIA				
VALOR				
RIGIDEZ				
FLEXIBILIDAD				
UTILIDAD				

Anexo 3.

Diario de campo: Observar la conducta adaptativa, ambiente, y concepciones en María.

Fecha:

hora:

Sesión 13.

María muestra un carácter muy pasivo, sin embargo es capaz de atender las ordenes que le da la instructora de momentos se muestra un poco fastidiada y cuando eso sucede la chica quiere abandonar la actividad, es aquí cuando la instructora interviene y le cuenta una narración o la deja descansar; con el fin de estimularle y hacer que se reintegre a la actividad, si la instructora observa frustración o angustia en la actividad que ha realizado, la cambia de inmediato o la cancela ya que el objetivo primordial de cada actividad es que se cumplan los objetivos de evaluación.

da muestras de cariño a su instructora pues cuando está llega la abraza y la recibe con una sonrisa, y un beso.

La mayor parte del tiempo muestra un carácter muy pasivo, sin embargo cuenta con la capacidad de atender las ordenes que le da la instructora la mayor parte del tiempo es cooperativa y tranquila, le gusta realizar actividades, no muestra conductas agresivas ni antisociales. Durante este mes se notó que María logra acatar las reglas, así como de realizar cosas le permitan ser autosuficiente, socialmente parece tener mucha empatía con el resto de sus compañeros, y ayuda a las labores hogareñas que presente la institución. se comporta de una forma muy tranquila, y participativa, le gusta realizar actividades donde ella se sienta útil, le agrada que la estén

motivando, le desagrada las actividades donde tenga que compartir material, se puede observar que en ocasiones cuenta con periodos prolongados donde realiza soliloquios (hablar sola), en ocasiones muestra ciertos periodos de irritación no es agresiva, tampoco cuenta con problemas de socialización, se integra perfectamente a las actividades y cuenta con la capacidad de llevar a cabo las indicaciones que estas se pidan. No cuenta con dificultades lingüísticas, sin embargo le cuesta trabajo expresar cierto tipo de emociones, no permite que la escuchen hablar y suele ser reservada a la hora de emitir ciertas palabras.

ANEXO 4 “Propuesta de intervención para el mejoramiento de habilidades motoras, sociales y comunicativas en una joven con discapacidad motriz e intelectual”

No. de Sesión	Áreas	Objetivo	Actividades realizadas.	Material	Evaluación
1	Comunicativa y Social.	Despertar la capacidad de reconocimiento y nombre de frutas y verduras.	Distinguir frutas, verduras, las frutas en un cesto a la derecha y las verduras a la izquierda.	Frutas y verduras: manzanas, pera, plátano, papas, pepino, calabacín, limón, naranja jitomate. 2 canastas.	Con ayuda de maestra
2	Comunicativa y Social.	“ “	Distinguir entre frutas y verduras con la información que se pueda recibirse. Separarla por colores.	Frutas y verduras: manzanas, pera, plátano, papas, pepino, calabacín, limón, naranja jitomate. 2 canastas.	Con instrucción
3	Comunicativa y Social.	“ “	Distinguir frutas y verduras por la medida, piezas grandes en la canasta grande, las piezas medianas en la canasta mediana etc.	Frutas y verduras: manzanas, pera, plátano, papas, pepino, calabacín, limón, naranja jitomate. 3 canastas de distintos tamaños.	Desarrollo por iniciativa propia
4	Social	Discriminación para reconocer los lugares donde se habita: cuarto, comedor, baño. Dominio del entrono	Comedor Recorrido por el comedor. Reconocer la situación de puertas, columnas y mesas, reconocimientos de objetos. Cómo se pone una mesa: situación de platos, cubiertos reconocer lo que va en cada lugar.	Mesa, silla, platos. cubiertos, pan, etc.	Desarrollo por iniciativa propia.
5	Social	“ “	Habitación: que hay en cada lado de la cama. Objetos. Mesa, de noche. Donde se encuentran las ventanas.	Objetos propios, objetos referenciales, etc	Desarrollo por iniciativa propia.
6	Comunicativa.	Discriminación	Reconocer a cada persona	El entorno.	Desarrollo por

		<p>auditiva, acústica. Extraer de ellos la máxima información. Asociar sonidos del entorno con informaciones; que permitan expresar sus emociones; hacer correspondencias entre sonidos y situaciones.</p>	<p>oír la voz, por el oído de andar, Correspondencia sonido suceso: (se habrá la puerta). Sonidos asociados a horas concretas del día (toque de campanas). Procedencia del sonido (lejos, cerca, desde la derecha, e izquierda).</p>		<p>iniciativa propia.</p>
7	Comunicativa.	<p>Relacionarse y comunicarse con los integrantes de la casa hogar.</p>	<p>Hacer un grupo de conversación sobre las posibilidades gastronómicas con los ingredientes de la comida.</p>	<p>Imágenes de comida</p>	<p>Con indicación</p>
8	Social	<p>Reconocimiento de textura y cambio de ropa, Relacionar textura forma, color, y cambio de ella.</p>	<p>Reconocimiento de algunas prendas de vestir, colocar un rompecabezas donde se puedan colocar los atuendos apropiados a la hora de vestir.</p>	<p>Prendas de vestir, recortes rompecabezas.</p>	<p>Con ayuda de maestra.</p>
9	Social	<p>Ejercicios con secuencias lógicas de fotos. Ordenar las fotografías de cada secuencia en el orden correcto.</p>	<p>Ordenar las imágenes en la secuencia correcta Ejemplo: gente que saluda. Foto1. 2 personas Foto 2 se observan Foto3 se estiran de la mano Foto4 finalmente se saludan. Tipo de secuencia de fotografías, manos sucias,</p>	<p>Fotografías con secuencias.</p>	<p>Atención Dispersa</p>

			poner la mesa, vestirse.		
10	Social Comunicativa.	Reconocimiento de la cocina, así como el manifestar cuando tiene hambre.	Mostrar una imagen de una señora cocinando y preguntar ¿Quién está en la cocina? ¿Qué pasa en ella? ¿Qué objetos vemos ahí?	Imágenes de Baterbag.	Desarrollo por iniciativa propia
11	Motora gruesa.	Prensibilidad alarga brazos para recoger objetos.	Intentar coger objetos con una mano., con ambas manos, para objetos de una mano a otra.	Objetos diversos .	Con indicación
12	Motora gruesa.	Coordinación de lanzamiento de pelotas Manipular objetos redondos	Lanzar pelotas a una distancia determinada (un metro). Coger pelotas lanzadas por otro miembro del grupo.	Pelotas objetos redondos.	Con ayuda de compañeros.
13	Motora gruesa	Coordinación. Mover articulaciones coordinando los movimientos.	Pasar la pelota del cuello, de uno a otro lado del cuerpo. Hacer rotaciones de pelota por el estómago, el hombro y los brazos.	Pelotas de espuma de tamaños diversos.	Desarrollo por iniciativa propia
14	Motora gruesa	Coordinación. Botar pelotas contra el suelo y volver a cogerlas.	Hacer botar pelotas o globos., echar pelotas o globos al cesto, o al suelo.	Pelotas y globos.	Con ayuda de Maestra
15	Motora gruesa.	Flexibilidad. Mover las articulaciones. Ejercicios de la imitación.	Imitar los movimientos articulares propuestos por el animador.	Ninguno.	Con indicación.
16	Motora fina.	Refinar las habilidades motoras finas.	Carpeta de habilidades: abrochar, desabrochar botones, subir y bajar cremalleras, corchetes	Cintas Botones, Cremalleras Cinturón	Desarrollo por iniciativa propia

			veleros, etc.	Hebilla.	
17	Psicomotoras.	Orientación espacio tiempo, temporal conceptos antes y después.	Mover un aro una pelota delante, atrás, al lado a un lado, al otro sobre la cabeza.	Aros pelotas.	Con indicación.
18	Motora fina	Esquema corporal, Lateralidad y simetría de las partes del cuerpo : ojos, nariz, piernas, dedos, etc.	Señalar las partes del cuerpo. Señalar un eje en un dibujo en una cara, o fotografía reconocer el lado derecho o izquierdo.	Hojas, dibujo de la cara de una persona.	Con Modelo a seguir.
19	Psicomotora	Esquema corporal Nombrar las partes del cuerpo que se utilizan para hacer actividades concretas.	Nombrar las partes del propio cuerpo que interviene en secuencias de actividades concretas. Comer, lavarse, bailar, masticar, etc.		Con indicación
20	psicomotora	Esquema corporal lateralidad.	Echar objetos al aire con una mano(lzquierda- derecha) para recogerlos con la otra.	Objetos distintos.	Con Modelo a seguir.