

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN  
NIÑOS CON RETRASO MENTAL”**

**DORA ELIZABETH ACEVEDO DE CHAJON**

**GUATEMALA, FEBRERO DEL 2012**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON NECESIDADES  
EDUCATIVAS ESPECIALES”**

**DORA ELIZABETH ACEVEDO DE CHAJON  
LUZ YANIRA GARCÍA ZULETA**

**GUATEMALA, DICIEMBRE DE 2011**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-  
"MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS CON NECESIDADES  
EDUCATIVAS ESPECIALES"**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE**

**CONSEJO DIRECTIVO**

**DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**DORA ELIZABETH ACEVEDO DE CHAJON  
LUZ YANIRA GARCÍA ZULETA**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE**

**PSICOLÓGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**LICENCIADAS**

**GUATEMALA, DICIEMBRE DE 2011**

**CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA  
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE  
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 590-2011

**DIR. 1,826-2011**

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

13 de diciembre de 2011

Estudiantes

**Dora Elizabeth Acevedo de Chajon**

**Luz Yanira García Zuleta**

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL OCHOCIENTOS CUATRO GUIÓN DOS MIL ONCE (1,804-2011)**, que literalmente dice:

**"MIL OCHOCIENTOS CUATRO"**: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ESPECIALES DE LA EDAD ADULTA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Dora Elizabeth Acevedo de Chajon**

**Luz Yanira García Zuleta**

**CARNÉ No. 93-80034**

**CARNÉ No. 2001-18358**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Marjory Valladares Castillo y revisado por la Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

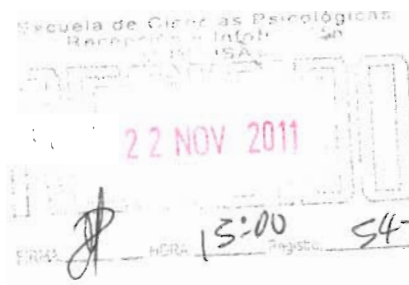
Doctor César Augusto Lambou  
DIRECTOR INTERINO



Zusy G.



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt



CIEPs 590-2011  
REG: 054-2010  
REG: 140-2010

## INFORME FINAL

Guatemala, 21 de Noviembre 2011

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

### **“LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ESPECIALES DE LA EDAD ADULTA.”**

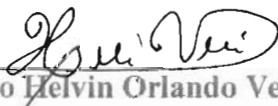
ESTUDIANTE:  
**Dora Elizabeth Acevedo de Chajon**  
**Luz Yanira García Zuleta**

CARNÉ No:  
93-80034  
2001-18358

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 02 de Noviembre 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 21 de Noviembre 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos**  
**COORDINADOR**



**Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”**

c.c archivo  
Arelis

Guatemala, 02 de junio de 2011

Licenciada  
Mayra Luna de Alvarez  
Coordinación Centro de investigaciones en  
Psicología – CIEPs – "Mayra Gutiérrez "  
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado " La calidad de vida en personas especiales de la edad adulta " realizado por las estudiantes DORA ELIZABETH ACEVEDO CARNÉ 9380034 Y LUZ YANIRA GARCÍA ZULETA 200118358.

El trabajo fue realizado a partir de junio 2010 a mayo de 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda con la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Marilyn Marjory Valladares de Pérez  
Psicóloga  
Colegiado No. 821  
Asesor de contenido

CENTRO VOCACIONAL  
AURORA PASSARELLI  
DIRECCION

LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
Marilyn Marjory Valladares Castillo  
COLEGIADO No. 821

Guatemala, 02 de junio de 2011

Licenciada  
Mayra Luna de Alvarez  
Coordinación Centro de investigaciones en  
Psicología – CIEPs – "Mayra Gutiérrez "  
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

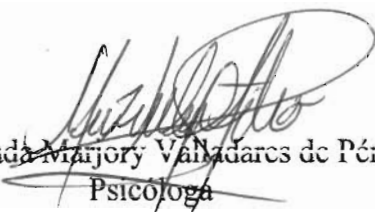
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado " La calidad de vida en personas especiales de la edad adulta " realizado por las estudiantes DORA ELIZABETH ACEVEDO CARNÉ 9380034 Y LUZ YANIRA GARCÍA ZULETA 200118358.

El trabajo fue realizado a partir de junio 2010 a mayo de 2011.

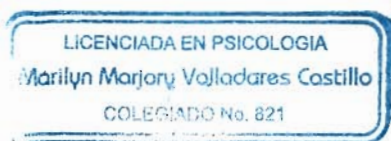
Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda con la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

  
Licenciada Marilyn Marjory Valladares de Pérez  
Psicóloga  
Colegiado No. 821  
Asesor de contenido

CENTRO VOCACIONAL  
AURORA PASSARELLI  
DIRECCION





**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

***MARILYN MARJORY VALLADARES CASTILLO DE PÉREZ  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
COLEGIADO 821***

***MARCO ANTONIO GARCÍA ENRIQUEZ  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
COLEGIADO 5950***

## RESUMEN

### “La Calidad de vida de personas adultas con necesidades educativas especiales”

Autoras: Dora Elizabeth Acevedo de Chajón  
Luz Yanira García Zuleta

La calidad de vida es un factor constitutivo de la salud mental del individuo y de toda la sociedad en general, de ésta depende que las expectativas de una vida digna se alcancen. El objetivo de la siguiente investigación fue determinar la importancia del apoyo familiar en el desarrollo de capacidades de socialización en personas con características especiales, así mismo identificar el grado de dependencia que estas personas poseen.

En la antigüedad se creía que las personas que tenían retraso mental estaban poseídas por algún demonio, afortunadamente con el avance de la ciencia y la tecnología y específicamente para las personas que lo padecen esto ha esto ha quedado obsoleto.

La familia ha constituido un pilar fundamental a lo largo de la sociedad y en personas con retraso mental se sabe que la interacción familiar y la calidad de vida deben ir enfocada a mantener factores ambientales y sociales positivos que influyen en la personalidad de estos adultos especiales. Por medio de diferentes técnicas se identificaron las diferentes condiciones de vida, la dinámica familiar y sus repercusiones sociales en la calidad de vida de estas personas.

Se trabajó con personas de 18 años a 57 años con retraso mental que asisten al Centro Vocacional Aurora Passarelli, ubicado en el lote 2 sección E, granja Italia, zona 4 de Linda Vista municipio de Villa Nueva. Que cuenta con un programa educativo para personas adultas y otro para pequeños de 6 a 13 años.

Para alcanzar los objetivos planteados se utilizaron diferentes técnicas como: La anamnesis, la observación no participativa, participativa, entrevista y talleres para padres, técnicas aplicadas con la finalidad de observar la personalidad que presentan estas personas víctimas de retraso mental, así mismo y se pretende verificar que tipo de calidad de vida poseen a sus necesidades y el nivel de adaptación social que presentan.

Según Schalock la calidad de vida es *“Un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con las ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de vida de cada persona siendo estas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”*.

## PRÓLOGO

La calidad es un anhelo de todas las persona esta incluye aspectos tan importantes y significativos en la vida del ser humano, uno de los aspectos importantes pero sin dejar por un lado los otros está constituido por el bienestar emocional que cada persona debe alcanzar a lo largo de su vida. Es así como el presente estudio busco determinar la importancia del apoyo familiar en el desarrollo de capacidades de socialización. La interacción familiar y la calidad de vida deben ir enfocadas a mantener factores ambientales y sociales que influyen en la personalidad y en personas con características especiales como retraso mental, es fundamental este apoyo. Se conoce que los niveles económicos influyen para alcanzar un nivel aceptable de bienestar a nivel general, sin embargo muchas personas fundamentan que el dinero no lo es todo en la vida, pero, para esa personas con retraso mental es significativa esta característica, pues por el nivel económico que tienen han sido premiados con una estimulación adecuada y constante que les permita alcanzar la calidad de vida esperada.

El estudio fue realizado con personas de 18 años a 57 años con retraso mental que asisten al Centro Vocacional Aurora Passarelli, ubicado en el lote 2 sección E, granja Italia, zona 4 de Linda Vista municipio de Villa Nueva. Esta institución cuenta con un programa educativo para personas adultas y otro para pequeños de 6 a 13 años. En los cuales se tiene un plan de trabajo en las siguientes áreas: estimulación temprana, gimnasia cerebral (neuronet), talleres de cocina y educación especial, todo esto hace positivo su desenvolvimiento y alcanzar un nivel de vida adecuado a sus características.

La familia ha constituido un pilar fundamental a lo largo de la sociedad y en personas con retraso mental se sabe que la interacción familiar y la calidad de vida deben ir enfocada a mantener factores ambientales y sociales positivos que influyen en la personalidad de estos adultos especiales. Los beneficios a largo plazo de una buena relación familiar sin duda serán generador de una alta estima y un nivel de socialización alto.

La presente investigación pretende evidenciar que los afectos familiares son fundamentales para que estas personas con retraso mental logren alcanzar un nivel de vida optima y positiva así mismo se detalla cómo ésta integración familiar es fundamental y fortalece el vinculo, genera independencia, sentimientos positivos para la víctima de esta discapacidad.

Es fundamental tomar en cuenta que a pesar de la discapacidad son seres humanos con sentimientos y que no se merecen que los aíslen y los discriminen por sus características, lamentablemente en Guatemala la falta de educación y

conocimientos específicos del retraso mental hace que personas con estas características sean aislados.

El Estado es un institución que está obligada a generar los mínimos alcances de la salud lamentablemente esto no se cumple debido a la falta de presupuesto y así como a estas personas se les aísla y se les niega el derecho a la educación y es que entonces corresponde preguntar ¿Qué pasa con las personas que no tiene los recursos económicos para atender a sus familiares con necesidades educativas especiales? Es así como se hace evidente la necesidad de la presente investigación también se pretende que la población tome conciencia de la problemática expuesta.

La calidad de vida además de contar con el alcance de todas las necesidades primarias que hace mención Abraham Maslow, constituye el nivel emocional adecuado que todo ser humano debe poseer para llevar una vida placentera es así como se ha evidenciado que las personas con retraso mental a pesar de sus característica llenan en alguna medida las necesidades que demandan. Sin embargo estas necesidades son complementadas por medio del afecto familiar del cual son partícipes.

## **CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN**

En Guatemala existe un desinterés alarmante en la población para informarse de ciertas temáticas y, en particular, en Educación Especial y sobre las personas que lo padecen; ya que se acostumbra hacer a un lado todo lo que es diferente y no se acepta un punto de vista opuesto.

La calidad de vida constituye la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que los seres humanos se realizan como seres sociales en condiciones concretas y particulares. En la actualidad se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio, que determina la salud de los miembros del grupo familiar, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

Es un tema desafiante, busca prevenir e identificar la limitación de factores sociales, familiares, ambientales, etc. Un reforzamiento adecuado desde la niñez hasta la adultez llevará a estas personas a gozar de una autoestima alta, en un nivel de socialización alto, que sin duda contribuyó a integrarlo en la sociedad. Todo esto se pudo corroborar por medio de las diferentes técnicas de recopilación de datos.

En la actualidad en Guatemala se observa un nivel de rechazo a las personas que físicamente e intelectualmente no son iguales y de una manera u otra se excluye dentro de la sociedad y no se tiene un carácter empático respecto de la problemática.

“La calidad de vida en personas especiales de la edad adulta” se eligió con la inquietud de determinar que la socialización es fundamental, los prepara para las diversas situaciones a lo largo de la vida; también el apoyo familiar es una pieza fundamental en el desarrollo de la personalidad de dichas personas.

A pesar de la discapacidad con la que cuentan el apoyo de familiares los motiva a seguir adelante día a día. En la interacción social a través de la Educación Especial se buscan lograr con el transcurso de los años la aceptación de la sociedad por ser adultos con características especiales. La sociedad no cambiará de ideología, fácilmente estigmatizará estas personas, pero si se empieza a tomar conciencia y con un grano de arena a la vez y no decaer, se podrá no cambiar a la sociedad entera pero si a una minoría.

### 1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia generalmente juega un papel muy importante en el desarrollo del ser humano, ésta es la encargada de velar por el cumplimiento de todas las necesidades del niño. Se sabe que en la familia es el lugar donde se integran afectos, sentimientos, emociones que a lo largo de la vida son constituyentes de la salud mental de la persona. Las personas con necesidades educativas especiales tienen en el entorno diversas actividades las cuales los han adiestrado para tener experiencias diferentes, dándoles un sentido diferente al proporcionarle una parte de independencia ya que son personas adultas con Retraso Mental. La conducta adaptativa se centra en la madurez y la capacidad de aprendizaje pero cuando esta es deficiente se ve en la necesidad de acudir a una educación especial manifestándose unida a la deficiencia y centra las acciones e intervenciones desde una perspectiva correctiva y terapéutica fijándose en las capacidades y no en las limitaciones.

La calidad de vida siendo expresión de la personalidad es también premisa de su propio desarrollo. A través del estilo de vida, el individuo hace selectiva su interacción con el medio en unas condiciones socio históricas concretas, y esta forma individual de interactuar con el medio, facilita u obstaculiza el desarrollo de la propia personalidad del individuo hacia el logro de su autorrealización.

“La calidad de vida en personas especiales de la edad adulta” se eligió con la inquietud de determinar si la socialización y la Educación Especial los prepara para las diversas situaciones a lo largo de la vida; así como identificar si el apoyo familiar es una entidad que esté cumpliendo con en el desarrollo de la personalidad de dicha población educativa. Se observaron las condiciones de vida en esta etapa, se identificaron los factores sociales y ambientales que influyeron en la personalidad de cada individuo y la calidad de vida que hasta esta edad se ha logrado integrar.

A lo largo de la investigación se comprobaron: el nivel de afectividad, dinámica y apoyo familiar. Se establecieron las características principales que intervienen en una buena calidad de vida y el grado de autonomía personal o independencia que se ha alcanzado en esta etapa. Se trabajaron las siguientes temáticas educación especial, retraso mental, etapas psicosociales. Con dos modelos siendo estos humanista y conductista.

## 1.1.2 MARCO TEÓRICO

### 1.1.2.1 EDUCACIÓN ESPECIAL

Cuando se habla de educación especial se hace referencia a un tipo de educación dirigida a las personas que no logran alcanzar en el marco de la enseñanza ordinaria, los niveles educativos, de interrelación social y otros, que corresponderían a su edad. La ley dispone que la educación especial reúna acciones pedagógicas, médicas, paramédicas y sociales, así como que esté asegurada en los establecimientos ordinarios y en las diversas especialidades. Esta destinada a alumnos con necesidades de superdotación intelectual o discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales.

La educación especial en sentido amplio comprende todas aquellas actuaciones encaminadas a compensar dichas necesidades, ya sea en centros ordinarios o específicos. Aunque la atención educativa a deficientes sensoriales (generalmente auditivos y visuales) se viene prestando en España desde el siglo XVI la adopción legal del término educación especial es reciente viniendo a sustituir a otros aun vigentes en ciertos países de Hispanoamérica como defectología que tienen evidentes connotaciones negativas. En los últimos años del siglo XX se ha propuesto en España y otros países la sustitución del término educación especial por el de necesidades educativas especiales siguiendo las recomendaciones del informe Warnock, publicado en 1978 y difundido a lo largo de la década siguiente.

Esta nueva definición supone hacer énfasis en la concepción de la educación básica como un servicio que se presta a la ciudadanía para que alcancen las máximas potencialidades y por tanto en la obligación del sistema de proporcionar apoyos y medios técnicos y humanos para compensar los déficit del alumnado en el acceso a los aprendizajes básicos imprescindibles para afrontar la vida adulta.

Tras los precedentes de los *educadores de sordos a partir del siglo XVI (Fray Pedro Ponce de León, Lorenzo Hervás y Panduro y Juan Pablo Bonet) en la educación de deficientes sensoriales es preciso remontarse hasta 1857 con la*

*promulgación de la Ley de Instrucción Pública, en la que se dispone la creación de una escuela para ciegos y sordos en cada distrito universitario. Hasta 1910 no se crea el Patronato Nacional de Ciegos Sordomudos Anormales, creándose posteriormente institutos derivados de él. En 1933 se refunda el Asilo de Inválidos del Trabajo como centro de educación especial con el nombre de Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, actualmente conocido como CPEE María Soriano. Asimismo, en 1941 la ONCE se hace cargo de la gestión del Instituto de Nacional de Ciegos que de facto ya realizaba desde 1928.*<sup>1</sup>

Como rasgos de todos estos centros cabe destacar las siguientes características:

- Especialización en una sola discapacidad.
- Ámbito estatal.
- Concentración de servicios pedagógicos, sociales y sanitarios.
- Suelen tener una sección dedicada a la formación de profesionales.

No será hasta los años 60 cuando se viva una auténtica explosión en la proliferación de centros de educación especial, en su mayoría abiertos por iniciativas de padres y fruto en algunos casos de una escasa planificación.

### **1.1.2.2 RETRASO MENTAL**

El retraso mental (RM) se define como la discapacidad de un individuo para crear un proceso de aprendizaje óptimo tanto a nivel educativo, cognitivo, emocional y social, una dificultad esencial en el aprendizaje y ejecución de determinadas habilidades de la vida diaria. La discapacidad de un integrante de la familia, afecta a todo el núcleo familiar.

La calidad de vida de las personas con necesidades educativas especiales va a depender del sostén de los lazos familiares. Por eso el acompañamiento familiar es fundamental y al hablar de esto se entiende como el núcleo fundamental de la sociedad, en ella se establecen relaciones de interdependencia, caracterizada por la comunicación entre sus integrantes.

---

<sup>1</sup> Joan J. Muntaner, La Sociedad Ante El Deficiente Mental, Herder Ediciones, Chile 1977, pág.377



Los profesionales se encargan de reforzar las tareas y crear un mejor ambiente. Para obtener mayor seguridad e independencia en cualquier área de su vida diaria, evidentemente entre las tareas está la de asumir responsabilidades pero también la de proponer y apoyar la toma de decisiones de las propias personas con retraso mental, la mayoría de los síntomas psicopatológicos de las personas con RM pueden abordarse, otorgando un ambiente social que les permita desplegar interacciones.

Es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como la comunicación, cuidado personal, y destrezas sociales. Estas limitaciones causan en el individuo un aprendizaje y desarrollo más lento que un niño típico. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años de edad. Este se caracteriza por una lentitud del desarrollo, 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.

*Retraso mental leve CI 50-55 a 70. Se los denomina los de la \*etapa educable\* son alrededor del 85 % de las personas afectadas por el trastorno.<sup>2</sup> Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensorias motoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores.*

*Acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en comunidad, sea independientemente, o en establecimientos supervisados.*

---

<sup>2</sup> Lehr, U, Retraso Mental, Paidós Ediciones, España 2000, pág. 55-60

*Retraso mental moderado CI 35-40 a 50-55. El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de “adiestrable”. Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal.*

*También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. En su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semi-cualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.*

*Retraso mental grave CI 20-25 a 35-40. Incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal.*

*Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias pre-académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la “supervivencia”. Los adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.*

*Retraso mental profundo CI 20-25. Incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un*

*ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados*

*Retraso mental de gravedad no especificada (se utiliza cuando existe claridad sobre el retraso mental, pero no es posible verificar mediante los test)*  
*Dependiendo del nivel de gravedad del retraso mental (discapacidad intelectual), el sujeto se puede \*educar\* y/o capacitar para que aprenda a vivir en la sociedad; puede dominar ciertas habilidades de lectura global (señalización de tránsito, por ejemplo: "STOP"), pueden trasladarse a lugares desconocidos o familiares, pueden aprender un oficio y trabajar en él; siempre y cuando la sociedad le dé la oportunidad de hacerlo.*

*El retraso mental, en la escala de medición de la inteligencia está por debajo de 70 de CI (cociente intelectual) Es la contraparte al otro extremo de la inteligencia, que es la superdotación, esta se encuentra por arriba de 130 de CI. Características típicas de los niños con Retraso Mental entre los individuos con retraso mental, hay una amplia gama de habilidades que puedan desempeñar, des-habilidades, puntos fuertes, y necesidades de apoyo. (Lehr, U, op. cit.)*

Es común encontrar una demora de lenguaje y el desarrollo motor significativamente por abajo de las normas de sus semejantes sin retraso mental. Los niños más seriamente afectados experimentan demoras en las siguientes áreas: desarrollo de las destrezas motoras (movilidad e 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. Al contrario de los 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 los procedimientos, pasos para una rutina diaria, lo encuentran más difícil aplicar lo que aprenden a situaciones o problemas nuevos. Algunos profesionales 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, alcanzan niveles más bajos de funcionamiento global. 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.

### **1.1.2.3 ETAPA ADULTA EN PERSONAS ESPECIALES**

En esta etapa se hace referencia el proceso en que los jóvenes ganan su condición de adulto, en los individuos con retraso mental se necesita el reforzamiento de la autoestima y fortalecimiento de su personalidad por medio del apoyo familiar. Es esta una tarea que no es asumida como propia por ninguna institución, sino que más bien tiene un carácter \*natural\*. El proceso de transición lo recorremos todas las personas. En este proceso algunas encuentran mayores dificultades. Este es el caso de los jóvenes con necesidades educativas especiales.

En el contexto de esta asignatura queremos reflexionar, a partir de procesos en los que todos hemos participado, sobre las características del proceso de transición en nuestro contexto. Reconociendo las ofertas que lo facilitan o lo hacen posible. En esta secuencia veremos la incidencia de este proceso en la finalización de la educación secundaria, el camino hacia la inserción en el mundo laboral y la participación en el ámbito de la residencia y la comunidad. “Espacios” que de manera interconectada han de dibujar el proceso. Este espacio de intervención profesional desde la psicopedagogía tiene mayor importancia en la medida que se ha dilatado en el tiempo y demanda en ocasiones de acciones de acompañamiento y soporte para posibilitar un tránsito para todos en condiciones de calidad. Condiciones de calidad que les llevará a la necesidad de utilizar espacios y criterios de normalización en la búsqueda de

propuestas que hagan posible el desarrollo de las personas en mejores condiciones de calidad de vida.

Permitiendo que las personas se conviertan en protagonistas de un proceso que ha de ser facilitado por una diversidad de ofertas que han de realizar diversos servicios. Es un proceso que atañe tanto a las personas que por él “transitan”, como a aquellos servicios que tienen la responsabilidad profesional y social de facilitarlo.

Pasos para identificar y reforzar su autonomía:

- -Desarrollar habilidades y estrategias profesionales para la intervención en el ámbito de las necesidades educativas especiales.
- -Conocer la importancia de las herramientas de ordenación de los Planes de transición individual.
- -La calidad de vida para los adultos jóvenes con retraso mental durante la transición. “Con ello se refiere a la etapa de la vida que se extiende desde la niñez 0 a 11 años, la adolescencia de 12 a 20 años hasta la edad adulta de 21 en adelante.”<sup>3</sup>

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos:

1-En relación con uno mismo (Eigenwelt) refiriéndose a la independencia y decisiones propias.

2-En relación con el grupo social (Milwelt) la participación y convivencia con cada persona que los rodea.

3-En relación con el medio ambiente (Umwelt) interactuando en las actividades de la comunidad.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada calidad de vida y ésta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social. Bienestar se ha identificado como: desarrollo económico, la

---

<sup>3</sup> OCEANO, Definiendo de Transición, Isabel Germán Ediciones, Barcelona España 1987, pág. 77

riqueza familiar o individual, el nivel de vida, el estado de salud, la calidad de vida y cantidad de los servicios médicos, los ingresos o salarios, la satisfacción de necesidades, deseos y con la existencia de la llamada felicidad, los elementos son todos los que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos.

La calidad de vida de una persona con retraso mental no se rige por principios diferentes a los de la calidad de vida de una persona sin retraso mental. Esta afirmación es en sí misma un principio esencial y determinante de otros. Otro "principio fundamental afirma que la calidad de vida aumenta cuando las personas perciben que pueden participar en decisiones que afectan a sus vidas (Schalock, 1997)<sup>4</sup>

En este sentido, el otorgar el poder que por derecho les corresponde a las personas en cuanto a la gestión de la vida, en las medidas social y culturalmente semejantes a las del resto, es un reto pendiente en el caso de personas con retraso mental, con independencia del nivel e intensidad de los apoyos que requieran. Otro principio del modelo apuntado implica que la calidad de vida se verá incrementada por la participación plena y la aceptación de la persona en la comunidad y con las mismas oportunidades que el resto.

Por otro lado, desde el concepto actual de retraso mental (Luckasson y cols, 1997) surge otro principio esencial para la participación y el desarrollo en la comunidad de las personas que manifiestan esta condición toda persona, con independencia de su capacidad, puede progresar si se le ofrecen los apoyos adecuados. Estos apoyos no van sólo dirigidos al incremento en habilidades de adaptación, sino que también se han de planificar para diseñar y adaptar los entornos, físicos, sociales y culturales, en los que viven, de modo que sea posible compartirlo con las personas que tengan o no retraso mental. Además, otro apoyo esencial ha de dirigirse a potenciar que cada persona perciba que forma parte de

---

<sup>4</sup> Christine Miles, Educación Especial y calidad de vida, Amarú Ediciones, Salamanca-España 1999, pág. 22-66-80

una red social y afectivamente significativa; es decir, perciba que encuentra alrededor posibilidades de interacción real, recíproca como persona con valor en sí mismo y no como consecuencia de la condición de retraso mental que manifieste perciba que tiene personas que le quieren como amigo o amiga.

Lo expresado en los párrafos anteriores tiene gran importancia en la consideración de la calidad de vida en entornos residenciales y de vivienda, entendiendo como tales situaciones de vida en contextos diferentes al hogar familiar. Se dice que es importante que cada persona tenga algo que decir sobre las circunstancias y condiciones en las que se va a desarrollar la vida misma.

Y para que esto sea así, en coherencia con lo antes nombrado, debe ser consciente de que necesita que se ofrezca el apoyo adecuado, todas las personas, necesitan que les enseñen a tomar decisiones informadas, necesitan información por adelantado, necesitan tiempo suficiente para planificar acciones, necesitan apoyo para acomodarse a nuevas condiciones de vida. Y una vez que realizan ese cambio, necesitan tiempo, apoyo y personas afectivamente cercanas para recrear nuestra actividad en el nuevo contexto. Pero antes de avanzar en cómo favorecer la calidad de vida en un entorno de vivienda o residencial, se planteará más que enfocar la atención a los diferentes modos de ubicación física, quizá puede ayudar centrar la atención en la función que ha de cumplir esa ubicación, sea vivienda o entorno residencial; función que no es otra que servir de hogar, más o menos numeroso, en una institución especializada.

Un aspecto esencial para que la vida en un contexto distinto al familiar sea una vida promotora de calidad es la planificación previa, detallada y compartida con la propia persona que vaya a disfrutar de esa situación residencial. Es decir, la calidad de vida en el hogar se gesta con anterioridad a vivir en un lugar determinado.

La preparación previa, los programas de tránsito tanto para la persona que va a cambiar de lugar de residencia como para la familia que va a dejar de compartir su hogar con ella, son factores esenciales en la construcción de calidad de vida. Se debe apoyar a la familia para que planifique con tiempo y con la

participación, en mayor o menor medida del hijo o hija el futuro hogar, de modo que no se produzca el cambio en la condición de vida por motivos tales como el fallecimiento de alguno de los miembros familiares o por la limitación en prestarle apoyo en el entorno familiar; es decir, por motivos externos a la propia persona.

El conocimiento previo de las diferentes opciones (la información por adelantado mediante claves comprensibles para todos los implicados), es también un aspecto esencial en este proceso previo a la toma de decisión. El que la persona haya tenido oportunidades de desarrollo de sus habilidades adaptativas (que haya tenido apoyo para mejorar las habilidades de comunicación sea mediante lenguaje oral o mediante códigos alter nativos; que haya tenido apoyos para mejorar las habilidades de elección, de toma de decisiones, etc.) es otro aspecto de gran incidencia en este proceso.

No podemos pretender que una persona, sea la necesidad de apoyo mayor o menor, elija, decida y comunique las preferencias en este proceso si previamente no se ha facilitado el progreso en estas áreas. La participación de la persona con independencia del nivel de apoyo que requiera en la elaboración del plan de vida futura, la participación en aspectos tales como la elección del lugar donde residir o las personas con las que convivir, las pertenencias que quiere mantener consigo o la decoración de la estancia son elementos importantes para una calidad de vida.

En el hogar, uno de los factores básicos para la mejora continua de la calidad de vida en un entorno residencial o en un hogar, en definitiva puede venir de la mano de la reflexión sobre los roles profesionales pues son guía para una vida de calidad. Y en este sentido la tarea es de enorme relevancia; de la acción y del modo de interacción depende que las personas a las que ofrecemos apoyo perciban bienestar, sientan satisfacción personal.

Otro aspecto esencial para una vida de calidad es que la vivienda o el entorno residencial sean un lugar físico y psicológicamente seguro, saludable, confortable, etc. Un lugar en el que las actividades, las acciones sean en la medida de lo posible conocidas de antemano por quienes allí viven que cuente



con las adaptaciones físicas y psicológicas precisas. Un factor también crucial es, en este sentido la existencia y promoción de un clima de relación social positivo, respetuoso con los derechos de las personas y favorecedor de la participación en el entorno comunitario.

En definitiva como en cualquier otro ámbito, las acciones han de encaminarse al fomento permanente de las diferentes dimensiones de calidad de vida, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schalock, op. cit.), mediante la prestación del apoyo adecuado para el desarrollo de habilidades adaptativas, para la adaptación del entorno y para la creación de redes sociales significativas.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud física y mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. *Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron evolución propia siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.*<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto. Pp.600

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales a mediados de los 70 y comienzos de los 80 provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. *“La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, \*Social Indicators Research\*, en 1974 y en \*Sociological Abstracts\* en 1979, contribuirá a la difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.*

En las personas con discapacidad intelectual, la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales es el factor más importante para el funcionamiento óptimo o no a todos los niveles; para la adaptación o la inadaptación. Este nuevo panorama precisa de una mejora en la calidad de atención desde diversos contextos, basándose en la organización de Programas de Valoración – Intervención, dentro de los cuales realizar una valoración y detección multidimensional de déficit en la esfera clínico-médica, funcional, mental y social, con el fin de lograr un plan individual e integral de tratamiento y seguimiento.

#### **1.1.2.4 CALIDAD DE VIDA**

La percepción del paciente acerca de la calidad de vida y de la propia realidad, es una variable que ya forma parte de muchos programas de rehabilitación psicosocial diseñados en los últimos años, los modelos de calidad de vida que más importancia han dado al concepto de autodeterminación han sido los comunitarios como el modelo propuesto por “Psicólogo *Schalock el cual fue validado por la revisión de la investigación publicada en el periodo 1985-1999.*

*Estos modelos multidimensionales consideran que la percepción subjetiva del paciente debe tener en cuenta el diseño de las distintas intervenciones o programas de rehabilitación puestos en marcha.<sup>6</sup>*

---

<sup>6</sup> *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida.* Amarú, pág.105-112, Ediciones Salamanca, 1995,

La Calidad de vida más aceptada por la comunidad internacional la propuso Schalock, la cual es: un concepto que refleja las *condiciones de vida deseadas por una persona en relación con las ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada persona siendo estas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.*

Esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad como son: los aspectos emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento. El proceso de transición lo recorremos todas las personas. En este proceso algunas personas encuentran mayores dificultades. Este es el caso de los jóvenes con necesidades educativas especiales al hablar de ello nos referimos a personas con retraso mental.

Es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. Los indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo, sino también de ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social.

*Un indicador común para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyo cálculo se realiza a partir de las siguientes variables:*

- *Esperanza de vida.*
- *Educación, (en todos los niveles).*

*Los países con el IDH más alto son Islandia, Noruega, Australia, Suecia, Canadá y Japón. De América Latina, Chile y Uruguay, por sus bajos índices de criminalidad y delincuencia organizada.*<sup>7</sup>

#### **1.1.2.5 FAMILIA**

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, en ella se establecen relaciones de interdependencia, caracterizada por la comunicación entre los integrantes. Producto de la interacción que se produce, los integrantes de dicha familia se afectan unos a otros en forma positiva o negativa. Entendiendo a los individuos como sistemas, de cualquier elemento que los afecte también afectará a los integrantes. En este sentido si los padres tienen algún problema (alcoholismo, problemas económicos, entre otros) los hijos podrán resentir dicho problema, en la interacción, lo que podrá ocasionar problemas de concentración, desmotivación que afectarán el aprendizaje en la escuela y las relaciones en el entorno.

*Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que en algunas sociedades sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre los miembros.*<sup>8</sup>

No hay consenso sobre la definición de la familia. Jurídicamente está definida por algunas leyes y esta definición suele darse en función de lo que cada ley establece como matrimonio.

---

<sup>7</sup>Moragas, M, Profesiones y enfoques de la calidad de vida. Revista española de geriatría y Gerontología Ediciones, -España 1992, pág. 27-44-58

<sup>8</sup> Revista Española de Investigación, Calidad de Vida en la Familia, Universal Ediciones, España 1987, pág. 10-121-150

Por la difusión, se considera que la familia nuclear derivada del matrimonio heterosexual es la familia básica. Sin embargo las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos.

Institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad. Esto explica, por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales, el aumento de familias monoparentales en las sociedades industrializadas y el reconocimiento legal de las familias homoparentales en aquellas sociedades cuya legislación ha reconocido el matrimonio gay.

Las familias pueden ser clasificadas de diversas maneras.

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos viven sólo con uno de los padres.
- Familia homoparental, en la que el hijo o hijos vive con una pareja homosexual.

Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

La familia con un integrante con discapacidad mental se organiza asignando la responsabilidad de cuidado o alimentación a algún integrante del hogar. La atención que requiere el miembro discapacitado excede sus posibilidades de organizaciones espontáneas.

Disociación de funciones: un padre se acerca y otro se aleja del discapacitado; uno de los progenitores se dedica al miembro \*enfermo\* y el otro se dedica al resto de las actividades familiares.

Hermanos saturados: El resto de los hermanos suelen presentar síntomas y sufrimientos que pasan desapercibidos y que refrenan sus demandas o sus necesidades. Si esta situación se aborda precozmente, es probable que los vínculos con sus hermanos discapacitados, una vez que los padres hayan desaparecido o no puedan hacerse cargo, sea de colaboración y no de desentendimiento.

En cuanto al estilo vincular de la pareja y las características personales de cada uno de los progenitores, se observa con frecuencia:

- Un progenitor es el que cuida del niño.
- Priorización de la función de padres sobre la vida personal y de pareja.
- Depositación de un hijo en la institución.

En estos casos, los conflictos con el personal de la institución suelen ser el intento de preservar esa depositación, la reacción airada por intervenciones u omisiones institucionales, se ven obligados a volver a pensar y actuar desde el rol.

El rechazo afectivo de los padres por el hijo con RM tiene como origen la distancia entre el hijo que desearon y el hijo real.

Pero este mecanismo inconsciente se entrelaza con limitaciones significativas en la capacidad de comunicación social entre los adultos y el niño. Fragilidad emocional, tedio, rabia, resentimiento secreto, "amargura vital" disfrazada de inercia.

Enfermedades físicas y psicosomáticas: éstas se ven incrementadas por:

- El nivel de estrés crónico que un miembro discapacitado significa para sus cuidadores y por el olvido de sí mismos, que los lleva a no cuidar la salud.
- Falta de recreación: la pareja deja de divertirse en conjunto.
- Falta de discusión: las desavenencias cotidianas se minimizan; se descuida el intercambio sobre puntos importantes de la vida familiar.

- Falta de negociación de acuerdos de convivencia.

Es común de observar que estas personas dependen de otro, por lo general algún miembro de la familia, pero también pueden ser dependientes de la institución en la que viven o a la que concurren varias horas por día. Esta dependencia está ligada con el paradigma del déficit. Se hallan en un estado de alineación, requieren de otro para validar pensamientos, deseos, gustos y no pueden prescindir de ese otro para hacerlo autónomamente. El estado de alineación es modificable.

El desarrollo de la autonomía personal puede completarse si se opera con la persona y el entorno de manera adecuada. Las intervenciones van dirigidas a separar a la persona con RM del entorno donde se desarrolla, sin olvidar que es importante el vínculo para que no se sustente en el entorno familiar y enseñarle a convivir con los que le rodean.

#### **1.1.2.6 PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

A través de los años la psicología de la salud comenzó a ver la necesidad de mejorar la calidad de vida en personas con necesidades educativas especiales de, incrementar su participación en los servicios de salud mental, en las decisiones y planificación del tratamiento. La evaluación de la satisfacción del paciente con la atención prestada por los dispositivos socio asistencial, permitió ver la necesidad de mejorar su autonomía.

En lo que se refiere a salud, Maddox (1979) menciona que *el cuerpo y la mente están estrechamente relacionados y el estado corporal afecta la eficiencia mental.*<sup>9</sup>

La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no solo de factores psicológicos (emociones, pensamientos,

---

<sup>9</sup>Maddox, Harri,, Psicología de la salud, Bravo Allende, Chile 1999, pág. 78-88

conductas, estilo de vida, estrés) sino también de factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.)

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, las investigaciones y desarrollo de planes de intervención que se han centrado en enfermedades tan diversas como:

La hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, ulcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

## **LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Se describen a continuación:

- Promoción de un estilo de vida saludable.
- Prevención de las enfermedades tales como la modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo el tabaco)
- Tratamiento de enfermedades específicas, como las antes mencionadas, en ese caso los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con tratamientos psicológicos.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: *un estado de bienestar completo físico, mental social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.*<sup>10</sup>

Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que esta es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol.

---

<sup>10</sup> Simon M. Manual de Psicología de la salud, Biblioteca Nueva Ediciones, Madrid España 1998, pág. 60-77



Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la consideró como *el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas*.<sup>11</sup>

Esta definición acabó por convertirse en la definición oficial de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias.

---

<sup>11</sup> Roales J. Psicología de la salud, Pirámide Ediciones, Madrid-España 2004, pág.111

### **1.1.3 HIPÓTESIS GENERAL**

El apoyo familiar en personas especiales de la etapa del adulto mayor mejora la calidad de vida y los prepara para diversas situaciones de la vida diaria.

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE: EDUCACIÓN ESPECIAL**

Crece y llegar a ser adulto es añadir años a la vida, pero también es ir perdiendo un poco de la misma; edad adulta es llenarse de experiencia y madurez, puede ser una pérdida de habilidad en la propia inteligencia pero a la vez es ganancia de experiencias.

#### **Indicadores:**

- Apariencia personal
- Personalidad
- Memoria a largo y corto plazo
- Independencia
- Nivel económico
- Nivel de estimulación
- Factores ambientales
- Dinámica familiar
- Apoyo familiar

#### **VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA**

Es un concepto que refleja las condiciones de vida de una persona en relación con las ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada persona siendo estas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. La calidad de vida de la persona con necesidades educativas especiales va a depender del sostén de los lazos familiares

#### **Indicadores:**

- Socialización
- Disfruta del contacto social
- Amigable
- Ocio
- pertenencia

## **CAPÍTULO II**

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **2.1 TÉCNICAS**

El trabajo de investigación se realizó en cinco diferentes fases de investigación: la primera fase investigación documental, durante esta fase se recopiló información en diversas fuentes para especificar el tema del cual se abordaría la investigación y se inició la recopilación de información teórica. La segunda fase consistió en la selección de la población la cual fue intencional por las características que requiere la presente investigación ocho padres de familia y ocho alumnos del programa de adultos del Centro Vocacional Aurora Passarelli ubicado en el lote 2 sección E granja Italia zona 4 de Linda Vista, Villa Nueva. Así mismo se utilizó la técnica de observación (ver anexos).

#### **2.2 INSTRUMENTOS**

##### **ANAMNÉISIS**

Es la obtención de datos acerca de un paciente con el propósito de identificar los problemas actuales de salud. Son los datos o información relevante acerca del paciente, su familia, el medio en que ha vivido, las experiencias que ha tenido, incluyendo sensaciones anormales, estados de ánimo o actos observados por el paciente o por otras personas con la fecha de aparición y duración y resultados del tratamiento.

El objetivo de la utilización de este instrumento para recopilar información de los factores pre-natales, peri-natales y postnatales de la población en cuestión. Se aplicó en un inicio del trabajo de campo, citando a los padres de familia para poder administrar en la institución en un salón destinado y preparado para ello. El tiempo se estimó en quince minutos por padre de familia o encargado, varios detalles o información se nos escaparon dado por la edad de los individuos en estudio los padres o encargados no tenían muy presente o simplemente no recordaban la información.

## **OBSERVACIÓN**

La observación es una actividad realizada por un ser humano, que detecta y asimila la información de un hecho, o el registro de los datos utilizando los sentidos como instrumentos principales. El término también puede referirse a cualquier dato recogido durante esta actividad. Se planeó utilizar esta técnica porque es una herramienta fundamental para recopilar datos del ambiente en cual se desenvuelven, se aplicó durante tres semanas por tres horas diarias con guías antes planificadas (ver anexos).

## **OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA**

La Observación participante es una técnica de observación utilizada en las ciencias sociales donde el investigador comparte con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad, o sea, conocer la vida cotidiana de un grupo desde el interior del mismo.

Ésta técnica benefició en la recolección de información ya que a través de ella se logró una interacción con los alumnos de la institución anteriormente mencionada, se utilizó una guía con actividades planificadas con la finalidad de evaluar el nivel de autonomía, socialización e interacción de cada chico. Se planificó dos veces por semana cada actividad por un tiempo de treinta a cuarenta y cinco minutos, se evaluaba el estado de ánimo de los alumnos.

## **TALLERES DIRIGIDOS**

Se elaboró una planificación con actividades dirigidas a padres de familia, tutores o encargados de las personas del centro Aurora Passarelli la cual se llevó a cabo dos veces por semana una hora por taller. La asistencia no fue muy constante.

## **ENTREVISTA**

Este instrumento consta de diez preguntas abiertas y cerradas con el objetivo de identificar la unión familiar de las personas objeto de estudio. Se

dosificó una vez por semana por un lapso de veinte minutos por familia o encargado.

Se entrevistó a los padres de familia sobre conocimientos que obtuvieron acerca de las técnicas de estimulación temprana y los beneficios de ella dentro del proceso enseñanza aprendizaje y el reforzamiento en el vínculo padre e hijo, los padres de familia durante el proceso de trabajo de campo colaboran y participan en la actividad.

## **CAPÍTULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

#### **3.1 Características del lugar y de la población**

##### **3.1.1 Características del Lugar**

El Centro Aurora Passarelli ubicado en el lote 2 sección E, granja Italia zona 4 de Villa Nueva es una institución dedicada a brindar Educación Especial a la población específicamente con retraso mental. La infraestructura de la institución cuenta con una casita de guardianía, tres salones que se utilizan para dirección, salón para el programa de niños pequeños y panadería, dos salones grandes los cuales se utilizan uno para educación especial adultos e impartir neuronet y el otro es cocina en el cual se prepara la comida. Un salón de lectura y los baños de hombres y mujeres, el de hombres una regadera con agua caliente y dos lavamanos. El de mujeres cuenta con 3 baños hábiles y una regadera y dos lavamanos. Una cancha de básquetbol que entretiene a la población y un área verde que sin duda es importante para el bienestar emocional. Esta es una institución autónoma que no cuenta con apoyo del gobierno. Se atiende a población de adultos que oscilan entre las edades de 18 a 57 con Retraso Mental se atiende de 9:00 a 12:30 en el programa de de estudiante de medio tiempo. Se trabaja de enero a noviembre de 9.00 am a 15:00 horas programa de tiempo completo. Se cuenta con personal altamente preparado tales como: licenciada en psicología, educadora especial, cocinero y chofer.

##### **3.1.2 Características de la Población**

El Centro Vocacional Aurora Passarelli atiende a población con diferentes tipos de retraso mental o síndromes que se caracterizan por esta discapacidad neurológica que distingue a la población sujeta a investigación (RM). La mayoría de la población en su infancia perteneció al Instituto Neurológico de Guatemala hasta la edad de 18 años. En la investigación se pudo inferir que predomina el retraso mental limite, moderado y ambiental. Así mismo la población posee y se manifiesta por diferentes conductas. Son amigables, pasivos, colaboradores, autónomos e independiente (estas últimas dos únicamente se evidencian dentro

del centro de estudio) y sobre todo sociable y muy necesitados de afecto. Viven en diferentes zonas capitalinas y viajan todos los días. Pertenecen a familias de clase alta, sus edades oscilan entre los 18 y 57 años.

### **3.2 Análisis Cualitativo**

La calidad de vida constituye la forma de vivir de las personas a pesar de las condiciones neurológicas de estas personas se ha constatado que tienen un nivel más o menos deseado de calidad de vida. Ésta se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que los seres humanos se realizan como seres sociales en condiciones concretas y particulares, éstas relaciones a nivel general se evidencian positivamente. En la actualidad se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio, que determina la salud de los miembros del grupo familiar, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

El retraso mental es una de las cualidades que identifica a cada una de las personas de la población objeto de estudio. Una de las características que favorece la calidad de vida en estas personas es sin duda el nivel económico alto y esto es un factor que es positivo para alcanzar autonomía e independencia en estas personas a pesar de sus limitaciones, pero se hace énfasis que estas dos características únicamente las tiene dentro del centro.

Se pudo inferir que los ocho alumnos a pesar del retraso cuentan con una calidad de vida óptima ya que el apoyo, afectividad y dinámica familiar es positiva que sin duda beneficia a tal grado que se manifiesta en la conducta de las personas víctimas del retraso mental.

El retraso mental puede ser causa de diferentes factores: sociales y ambientales, que limitaron su desenvolvimiento como seres independientes y autónomos en áreas fundamentales de su personalidad.

- Son bañados por sus padres o encargados este factor limita su autonomía personal en casa, aunque argumentan que esto sucede por falta de tiempo.
- La mayor parte del tiempo, tres de ocho alumnos es cuidado por empleados de la familia, lo cual no genera un apoyo total de la familia.
- Solo un alumno de ocho recibe clases privadas de: psicomotricidad fina y gruesa, armar rompecabezas, pintura y baile. Esto ayuda a reforzar áreas neurológicas.
- El tiempo que algunos de los familiares dedican al cuidado de sus seres queridos en una familia de ocho se pudo identificar que son empleados los que se dedican al cuidado del alumno las 24 horas del día y los 7 días de la semana. En otro caso se turnan los cuidados de un hermano dos familiares y en caso que ambos viajen por cuestiones de trabajo se queda al cuidado de empleados o una tía materna. El tercer caso está al cuidado de su hermana quien trabaja todo el día y se queda al cuidado de una persona de servicio o simplemente solo.
- Se pudo determinar que el nivel económico, el apoyo, afecto y una buena dinámica familiar desarrollan factores de socialización, pero no es la totalidad para lograr una calidad de vida óptima ya que existen varios factores los cuales no ayudan a completar este ciclo muy importante en las necesidades educativas especiales, el grado de retraso mental con el que cuenta el individuo limita los factores de autonomía e independencia.

La calidad de vida se ha evidenciado debido al nivel económico al que pertenecen. Sin embargo en algunos casos se ve limitada esta calidad de vida pues se encargan de las personas con retraso mental otras personas que no son parte de la familia, y ésta es un pilar fundamental pues las mismas personas especiales manifiestan inseguridad o manipulación por la falta de normas y lineamientos conductuales.



La personalidad que poseen los sujetos de investigación es favorable ya que poseen características positivas de calidad de vida; pero estas están sujeta a factores ambientales y conductuales tales como: estado de ánimo, problemas familiares, un suceso que los impacte o cambie su actitud. Los cuales determinan su estado de reacción ante determinada situación actividad diaria a que este sujeto.

En la institución se pudo constatar que el personal docente conoce los puntos fuertes y débiles de la personalidad de cada uno de la población de dicho establecimiento los cuales son modificados a través de dinámicas de trabajo y de juego.

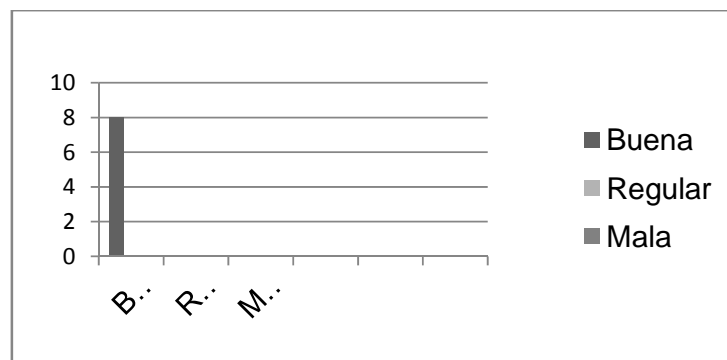
El apoyo y dinámica familiar es un bastión esencial para que estos chicos logren un desenvolvimiento social, escolar, emocional y familiar favorable.

### 3.2 Análisis Cuantitativo

**Gráfica de registro de la pauta de observación**

#### **Apariencia Personal**

**Gráfica 1**



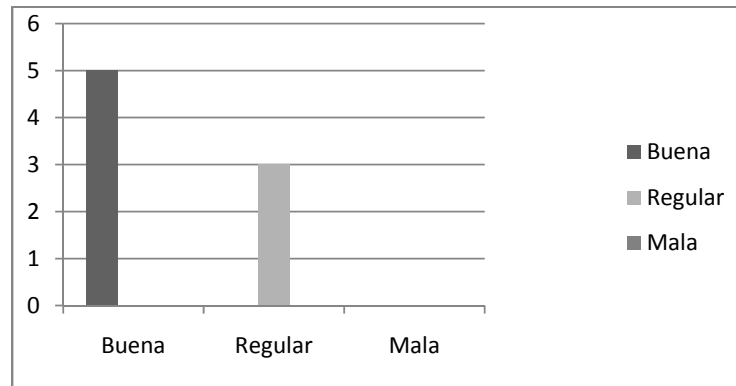
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la pauta de Observación.

En la presente gráfica la mayoría pertenece a un mismo círculo social dándonos la pauta de observación pues todos demuestran una buena apariencia personal. Se observó cabello peinado, ropa, zapatos, limpieza y combinación correcta, su apariencia personal son óptimas.

## Gráfica de registro de la pauta de observación

### Interacción Social

Gráfica 2



FUENTE: Datos obtenidos según el registro de las pautas de Observación.

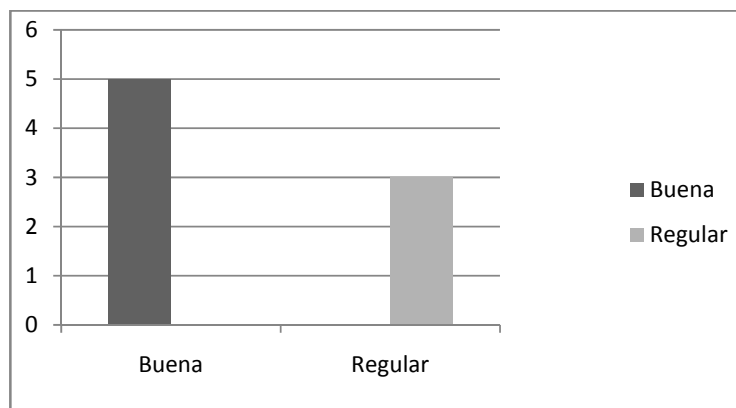
Esta gráfica nos indica que la mayoría entabla con facilidad una conversación, participa en actividades grupales y se integran cuando ve que un grupo interactúa.

La minoría que no entabla con facilidad una conversación si interactúa de forma grupal pero hay ocasiones que se quedan sin participar dependiendo el estado de ánimo.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

### Autonomía Personal

Gráfica 3



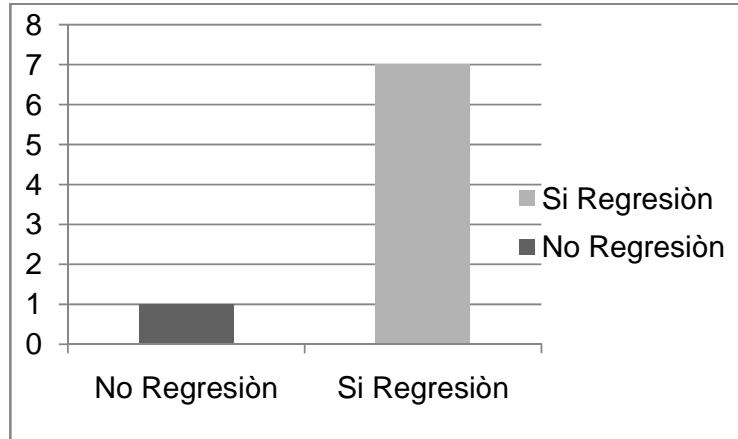
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la pauta de Observación.

En esta gráfica nos muestra que la mayoría son independientes, nos indica que siguen instrucciones, participa y sigue las indicaciones de una rutina, cuando necesita algo se desplaza por sí solo y cuando necesita ir al baño pide permiso y va solo.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### En el área Cognitiva Demuestra Regresión

Gráfica 4



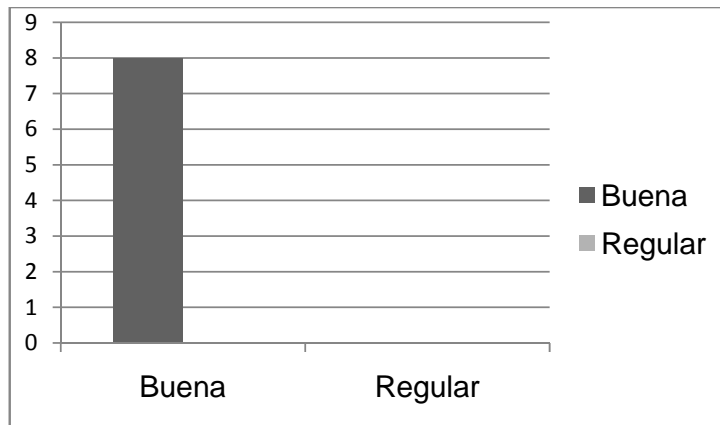
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de las pautas de Observación.

La mayoría no muestra una regresión completa pero es leve lo que logran retener pero no presentan regresión, el deterioro neuronal es lento pero el por ello que no se ve un cambio excesivo o avances inmediatos pero constantemente ellos siguen siendo independientes.

### Gráfica de registro de la guía número dos

#### Afectividad

Gráfica 5



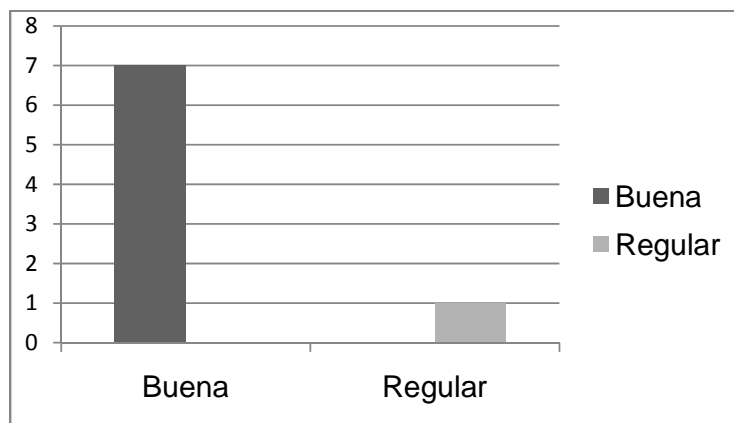
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la Guía de Observación..

En la presente gráfica la mayoría muestra ser amorosos en todo lo que realiza intenta ser detallista cuando una actividad no le agrada muestra apatía, pero no tiene mayor peso que sus momentos agradables y disfrutar cada una de las tareas grupales e individuales realizadas.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Alimentación

Gráfica 6



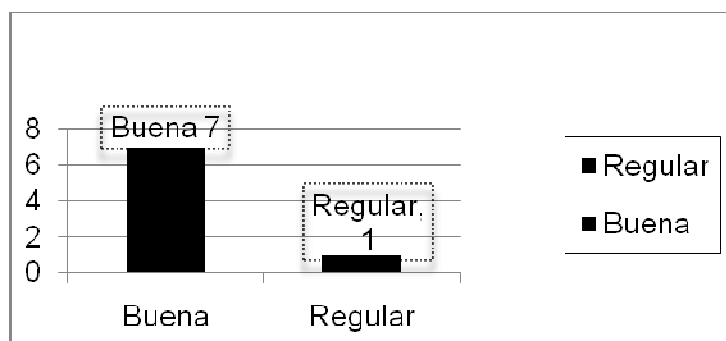
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la Guía de Observación.

En la presente gráfica la mayoría tiene una alimentación balanceada no tiene una dieta específica pero si les tiene mucho cuidado en las porciones para no provocar malestar estomacal, en la alimentación se trata de consumir de todo media vez sea natural y sano para evitar sobrepeso y problemas digestivos.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Conducta

Gráfica 7



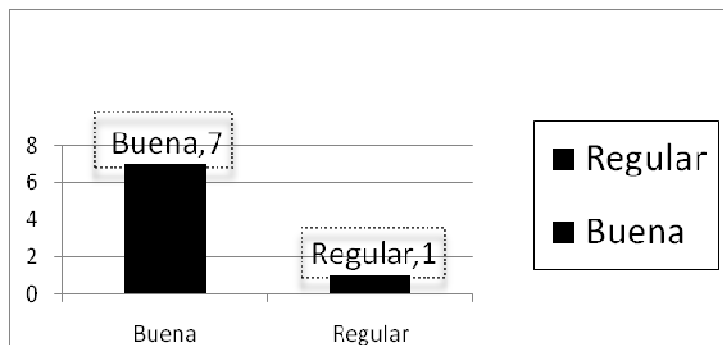
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la Guía de Observación..

En la presente gráfica la mayoría son muy sociables interactúan con sus compañeros algunos les gusta hacer porras para apoyar al compañero que este pasivo o no quiera participar cuando se le motiva y no quiere participar se le deja un momento aislado del grupo luego solo se integra y continúa con las actividades que se realizan cotidianamente.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Ambiente Escolar

Gráfica 8



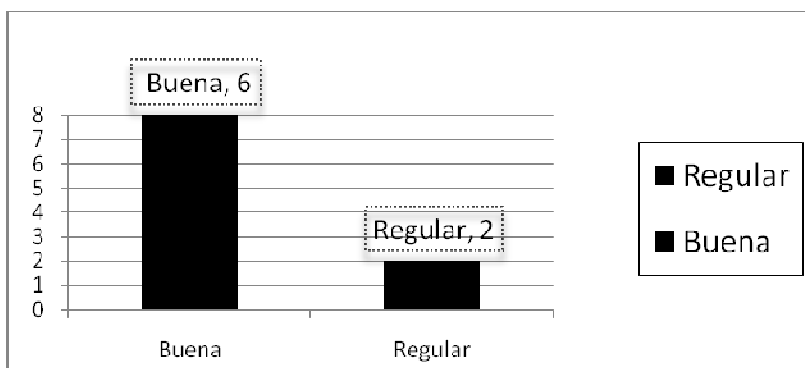
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la guía de Observación.

En la presente gráfica la mayoría se relaciona perfectamente con sus compañeros y sus maestros, coopera en clase, cumple con las tareas asignadas y se desplaza perfectamente por el plantel educativo.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Ambiente Familiar

Gráfica 9

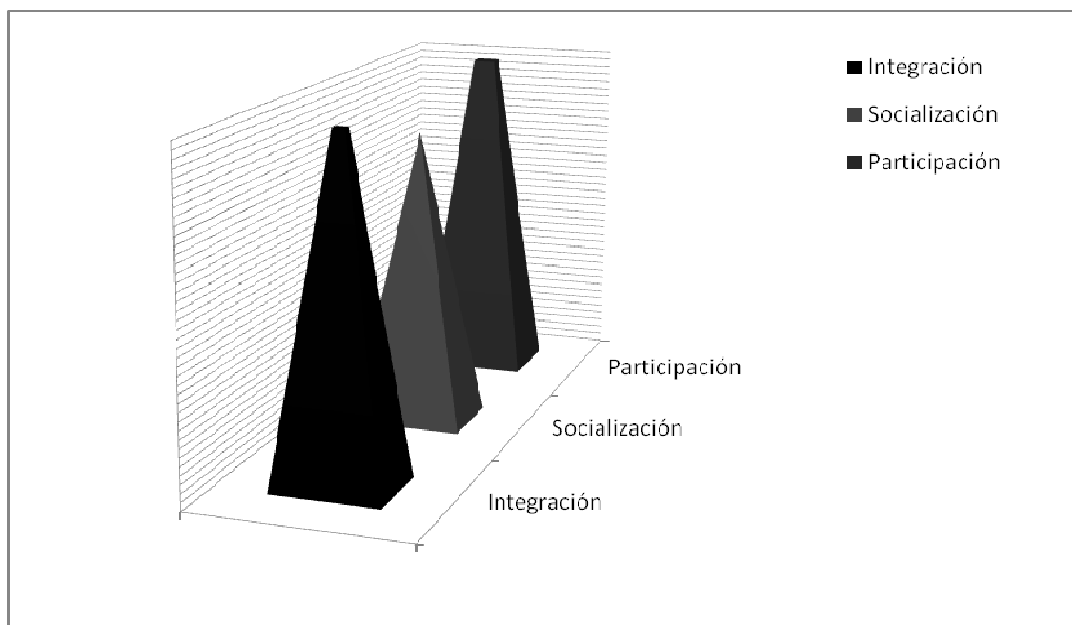


FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la guía de Observación. .

En la presente gráfica la mayoría vive con sus familiares, reconoce por nombre a los miembros de su casa, su dinámica familiar es muy poca ya que el horario de actividades en el centro educativo es de ocho de la mañana a tres de la tarde pero en los fines de semana la interacción familiar es buena.

## Gráfica de resultados de la GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA

Gráfica 10

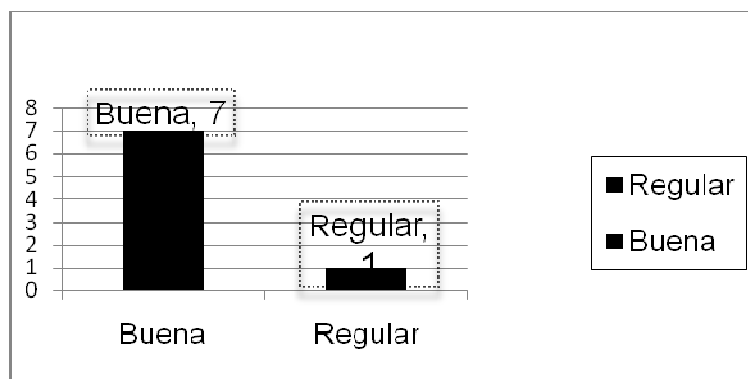


Fuente: Evaluación de las dinámicas de integración social

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

### Relación Entre su Hijo y Usted

Gráfica 11



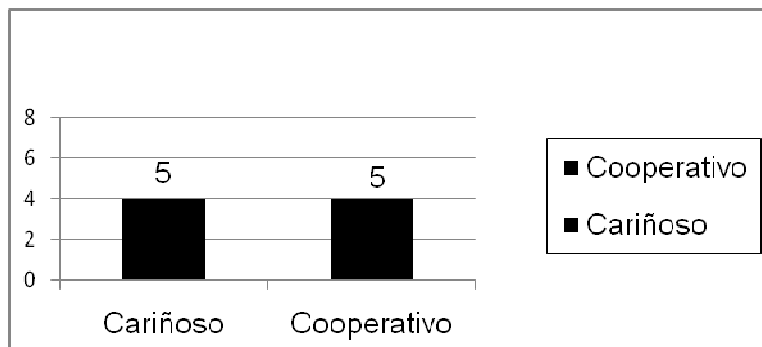
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En esta gráfica se demuestra que la relación entre padres o parientes con su hijo son buenas esto ayuda a la autonomía y socialización que muestra en las actividades cotidianas de su vida. Lo que se vive en el hogar marca lo que ellos son en la calle y la sociedad.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Características de su Hijo

Gráfica 12



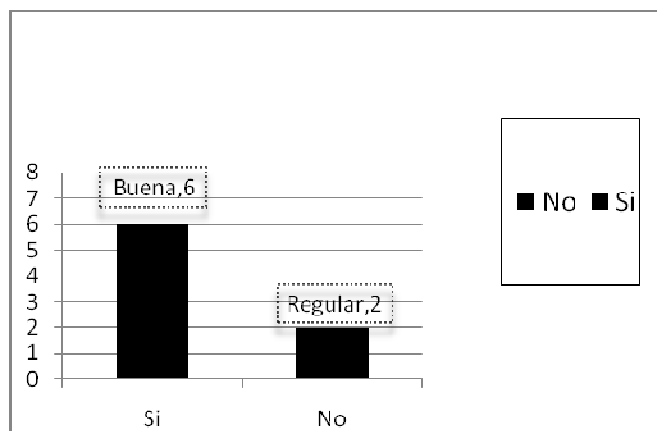
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que su hijo es cariñoso no solo con los familiares también con las demás personas, indican también que son cooperativos y ayuda a todos.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Recibe Educación Desde Niño

Gráfica 13



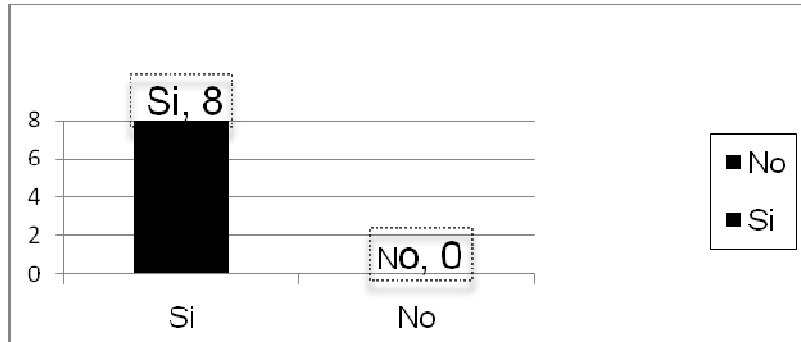
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que sus hijos han recibido estimulación temprana y educación durante toda su vida.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Es Sociable

Gráfica 14



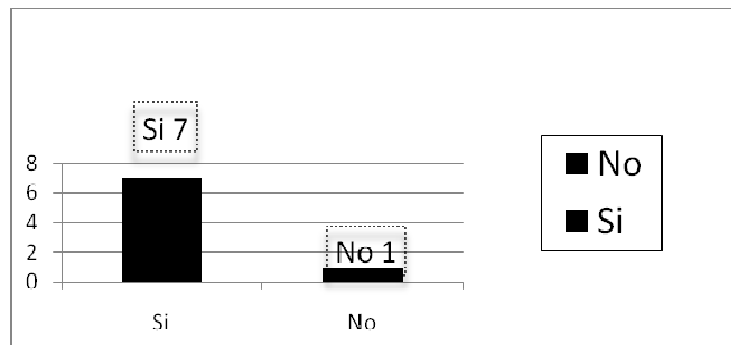
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que su hijo es sociable y que no ha tenido problema para interactuar con los demás pues es educado, amable eso le ayuda para estar en cualquier lugar.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### ES Independiente

Gráfica 15



FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

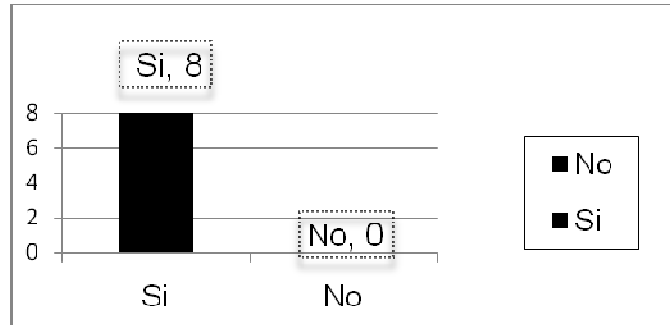
En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que es una persona independiente que puede desenvolverse solo y en casa y centro educativo no necesita mayor ayuda.



### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Tiene una Rutina en Casa

Gráfica 16



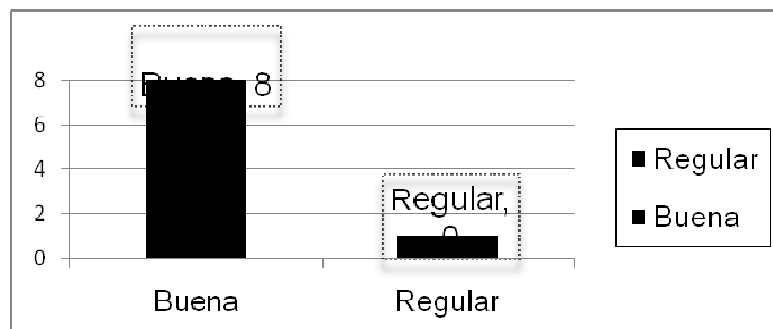
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que tienen una rutina para trabajar en casa y el día que interactúan muy bien con toda la familia es el día domingo.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Interacción con los Demás

Gráfica 17



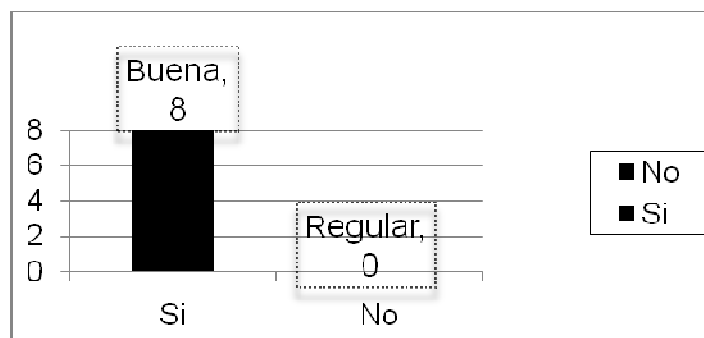
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que sus hijos son especiales pero no por ello dejan de interactuar con los demás. Se califica de buena la interacción social ya que no se aíslan y conviven con todos los que estén a su alrededor.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Rutina Grupal

Gráfica 18



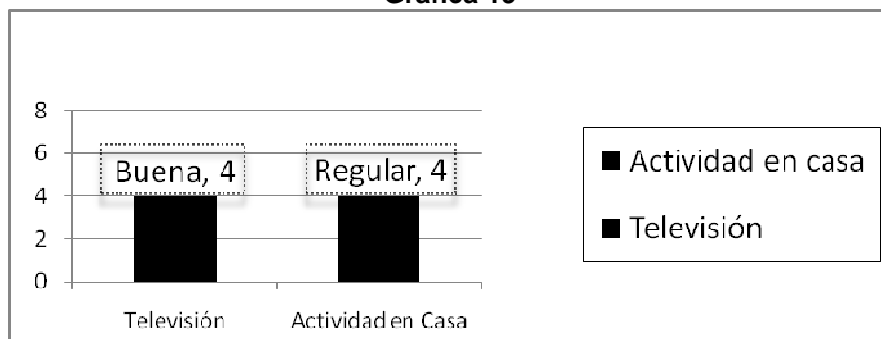
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que la actividad grupal del colegio y el día domingo tienen actividad en la iglesia hay grupos de jóvenes y de niños en los cuales participan.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Tiene algún pasatiempo en casa

Gráfica 19



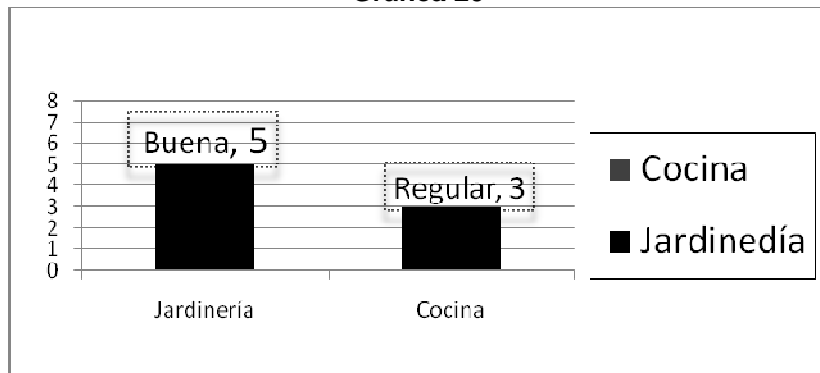
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que su hijo ve televisión en casa, la otra mitad indican que hay tareas cotidianas en las que ellos participan y el tiempo libre caminan y juegan.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Actividad que disfruta

Gráfica 20



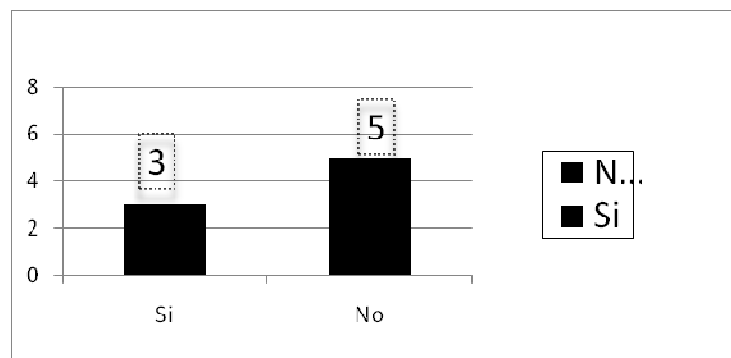
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que a su hijo lo que más le gusta es jardinería, algunos indican que la actividad que disfrutan es la cocina les gusta experimentar con sus manos y se entretienen.

### Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia

#### Alguien Colabora en el Cuidado

Gráfica 21



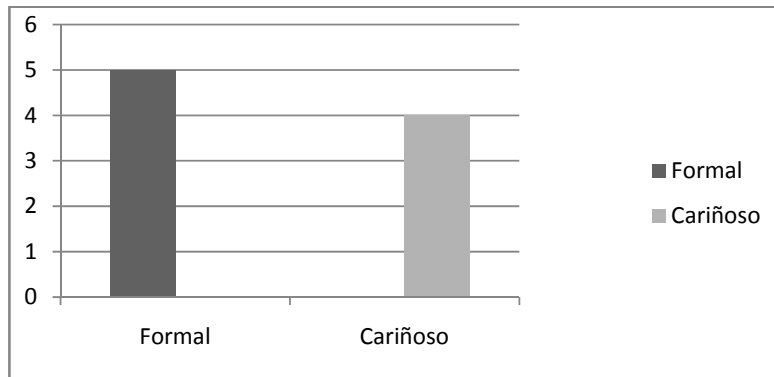
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia indican que no hay alguien más que colabore con el cuidado, otra minoría indica que no hay alguien más que ayuda a cuidarlo.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Descripción de personalidad

Gráfica 22



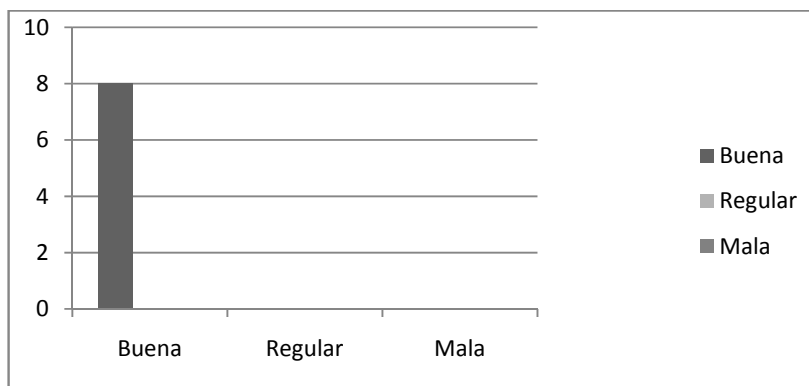
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 02 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que la personalidad de su hijo es ser cariñoso, amable, formal y cooperativo. En que mas coincidieron son los que se tomaron en la grafica.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Calidades de su hijo

Gráfica 23



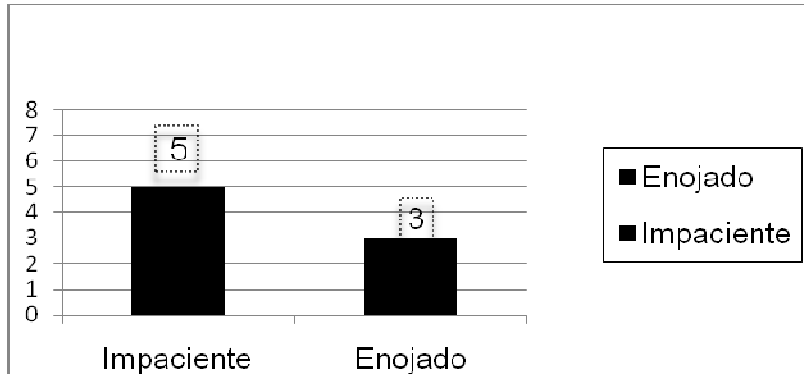
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 02 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que su hijo es sociable, colaborador, obediente, participativo, alegre en la que mas coincidieron es la que se tomo en cuenta en la grafica.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Defectos de su hijo

Gráfica 24



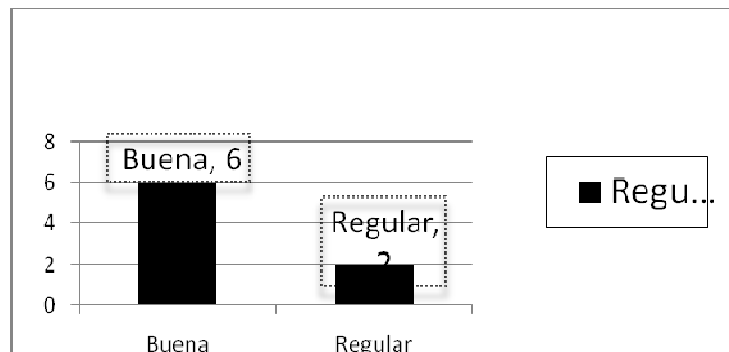
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 02 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que el defecto de su hijo es ser impaciente, algunos coincidieron es que es enojado, no es limpio al comer, hace sonidos al comer, interrumpe conversaciones. En la que mas coincidieron son las que se tomaron en cuenta para la grafica.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### La Relación de Padre e Hijo

Gráfica 25



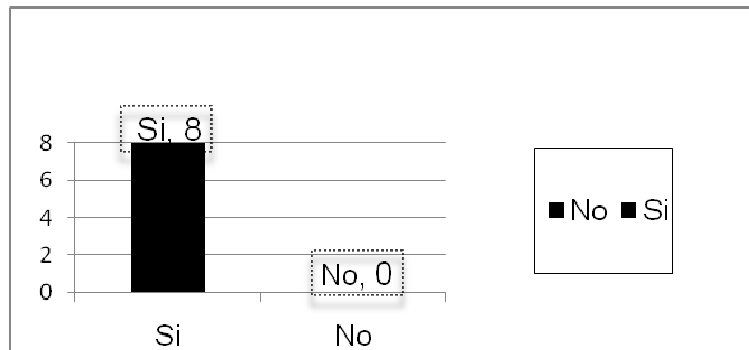
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 02 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia indican que la relación padre e hijo es buena ya que están en constante comunicación, realizan actividades juntos y tratan de convivir mas en el entorno familiar. Otros opinan que regular por motivo de trabajo.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Es una Persona Sociable

Gráfica 26



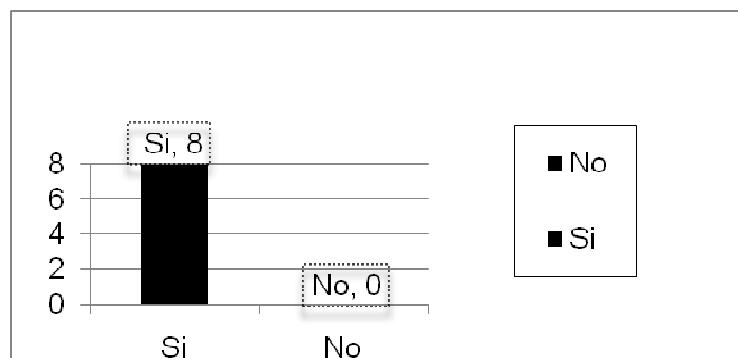
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista <sup>o</sup>2 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia opinan que su hijo es una persona sociable que se integra muy bien a cualquier ambiente.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Es una Persona que se Aísla

Gráfica 27



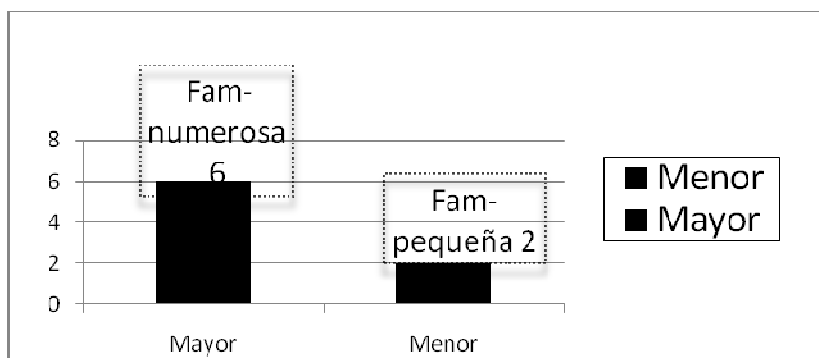
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista <sup>o</sup>2 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que su hijo no se aísla que es muy sociable luego indican que son tímidos cuando se enojan o están incómodos en el lugar.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Cuantos viven en tu casa

Gráfica 28



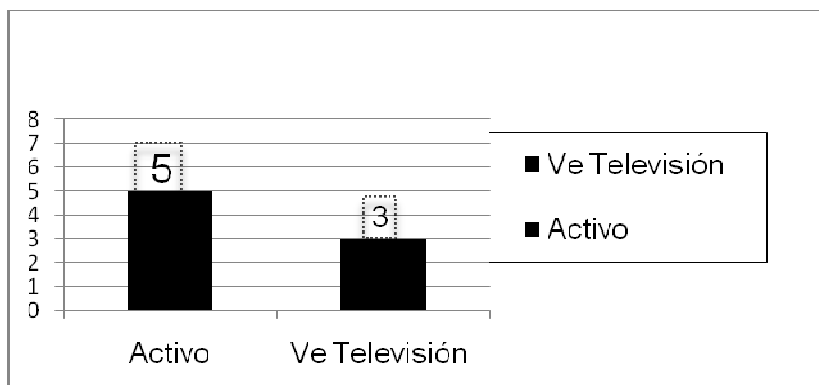
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 02 a padres de familia.

En la presente gráfica se representa en número mayor de miembros de la familia que viven en la misma casa y el número menor de miembros de la familia.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Como es su hijo en casa

Gráfica 29



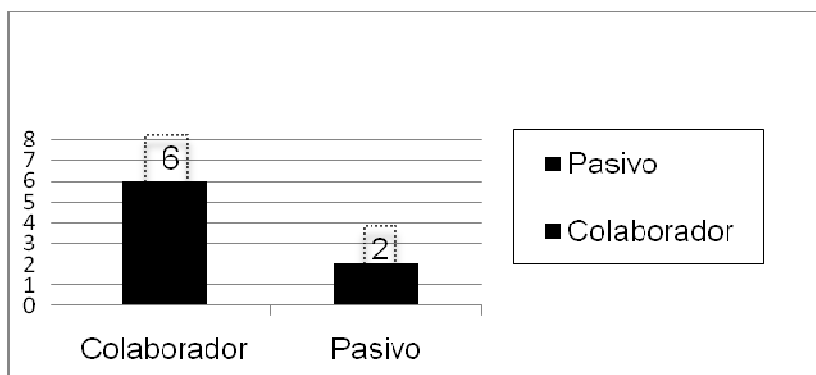
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 02 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que sus hijos en casa se encuentran activos en movimiento viendo que tocan que hacen, una minoría indica que se dedica a ver televisión.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Como es su hijo en el colegio

Gráfica 30



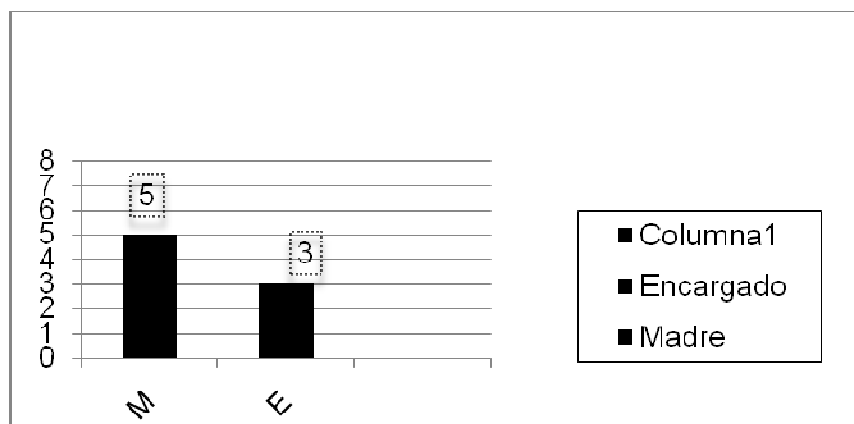
FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 2 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que en el colegio es colaborador y participativo una minoría indica que es pasivo y no colaborar.

## Gráfica de registro de la entrevista a padres de familia 2

### Quien cuida de su hijo

Gráfica 31



FUENTE: Datos obtenidos según el registro de la entrevista 2 a padres de familia.

En la presente gráfica la mayoría de padres de familia manifiestan que son los padres los que cuidan.



## **CAPÍTULO IV.**

### **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

1-En el trabajo se pudo concluir que el afecto de las familias logra determinar una personalidad independiente y con una calidad de vida positiva y óptima.

2-La socialización es uno de los factores más importantes en el desarrollo de la personalidad, pero aunándolo con factores conductuales, afectivos conllevan a un mejor resultado en cuanto al desarrollo de independencia y autonomía en personas víctimas del retraso mental.

3-En la investigación anterior podemos inferir que el nivel socioeconómico de la población en estudio jugó un factor esencial en el grado de estimulación de los individuos sujetos a investigación pese al grado de retraso neurológico que poseen.

4-Elaborar mas investigaciones como la anteriormente expuesta para poder tener un precedente de las necesidades y logros de la población en edad adulta con retraso mental y determinar la importancia del apoyo familiar y dinámica familiar en personas con necesidades educativas especiales.

5- Los resultados del trabajo indica que el apoyo familiar es uno de los factores esenciales para determinar que el individuo pueda desarrollar conductas sociales, afectivas, conductuales y ambientales que lo guíen al logro de una personalidad y autoestima alta.

## 4.2 RECOMENDACIONES

1- Reforzar su personalidad y autoestima por medio de actividades planificadas dentro de la institución como fuera de ésta.

2-Se recomendó a la institución informar a los padres de familia acerca de la calidad de vida e importancia a cada uno de sus familiares.

3-Establecer nuevas actividades extracurriculares para reforzar la calidad de vida y el apoyo familiar.

4-Motivar a los padres de familia o encargados para manifestar la afectividad hacia sus seres queridos.

5-Se sugirió pasar más calidad de tiempo en familia y no cantidad de tiempo para que el alumno refuerce los factores ambientales y sociales adquiridos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- a)\*Luzoro J. (1999) Psicología de la salud. Chile, Bravo Allende. Pp262.
- b)\*Roales J. (2004) Psicología de la Salud. Madrid, Pirámide. Pp. 180.
- d)\*Arce de Wantland, Sylvia (1996) Educación Especial.Guatemala.Piedra Santa. Pp.820
- e)\* Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto. Pp.600
- f)\*España, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Pp34.
- h)\*(1987). Tratado sobre la Familia. Madrid: Universidad. Pp.290
- i)\* "Psicología de las dificultades del aprendizaje escolar"; Dr. Luís Bravo Valdivieso; Editorial Universitaria; Chile, 1993, Pp.300
- j)\*PRENDES, M.P. y MUNUERA, F. (1998). Medios y recursos en educación especial Murcia: ICE de la Universidad de Murcia-Diego Marín, Pp.500
- k)\* CHRISTINE MILES. Educación especial para alumnos con deficiencia mental, Pp.75
- l)\*JOAN J.MUNTANER. La sociedad ante el deficiente mental, Pp.377.
- p)\*MORAGAS MORAGAS, R. (1992). Profesiones y enfoque interdisciplinario. Revista Española del adulto mayor, Pp.100
- j) Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Amarú, pág. 105-112, Ediciones Salamanca, 1995, Pp.490
- k) IEGA., El adulto y la Población, Ares Ediciones, Madrid España 1989, Pp.501
- l) Revista Española de Investigación, Calidad de Vida en la Familia, Universal Ediciones, España 1987, Pp.251
- m) Christine Miles, Educación Especial y calidad de vida, Amarú Ediciones, Salamanca-España 1999, Pp.

# ANEXOS

## ***ANAMNÉSIS***

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad cronológica: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_.

### Historial

PRENATAL	PERINATAL	POSTNATAL

### Historial de la infancia

Desarrollo:

.....  
.....

Accidentes:

.....  
.....

Golpes o Traumatismo:

.....  
.....

Enfermedades:

.....  
.....

Exámenes o pruebas médicas:

.....  
.....

Historial de la adolescencia:

Desarrollo:

.....  
.....

Accidentes:

.....  
.....

Golpes o Traumatismo:

.....  
.....

Enfermedades:

.....  
.....

Exámenes o pruebas médicas:

.....  
.....

Diagnóstico actual:

.....  
.....  
.....  
.....

Observaciones:

.....  
.....

**GUIA DE OBSERVACIÓN Nombre \_\_\_\_\_**

**Tabla N°1**

<b>PAUTAS DE OBSERVACIÓN</b>	<b>Muy Bueno</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Deficiente</b>
<b><u>Apariencia Personal</u></b>				
Cabello				
Ropa				
Zapatos				
<b><u>Interacción Social</u></b>				
Entabla con facilidad una conversación				
Participa en actividades grupales				
Se integra a un grupo cuando ve que interactúan				
<b><u>Autonomía Personal</u></b>				
Sigue instrucciones				
Sigue una rutina				
Se desplaza por si solo				
Se va al baño por si solo				
<b><u>Cognitiva</u></b>				
Muestra una regresión				
Muestra un deterioro neural				

**GUIA DE OBSERVACIÓN Nombre \_\_\_\_\_**

**Tabla N°2**

<b><u>Afectividad</u></b>		
Es amoroso	SI	NO
Es detallista	SI	NO
Es apático	SI	NO
<b><u>Alimentación</u></b>		
Come por si solo	SI	NO
Tiene una dieta	SI	NO
Come de todo	SI	NO
<b><u>Conducta</u></b>		
Es sociable	SI	NO
Es agresivo	SI	NO
Es pasivo	SI	NO
Se aísla	SI	NO
<b><u>Ambiente Escolar</u></b>		
Se relaciona con sus compañeros	SI	NO
Se relaciona con sus maestros	SI	NO
Cumple con las tareas asignadas	SI	NO
Se desplaza solo dentro de la institución	SI	NO
<b><u>Ambiente Familiar</u></b>		
Dinámica familiar	SI	NO
Relación con su familia	SI	NO
Reconoce a los miembros de su familia	SI	NO
Vive con su familia	SI	NO
Unión familiar	SI	NO



### GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA N. 3

Nombre \_\_\_\_\_

Objetivo General: interactuar y verificar el grado de autonomía

#### DINÁMICAS

\*Práctica de basketball

\*Saltar cuerda

\*Papa caliente

Indicadores de las actividades	INTEGRACIÓN	SOCIALIZACIÓN	PARTICIPACIÓN
<b>BUENA</b>			
<b>REGULAR</b>			
<b>EXCELENTE</b>			

Observación.....  
.....  
.....  
.....

## **TALLERES**

**Objetivo General:**

*Evidenciar la importancia de la unión y apoyo familiar.*

**Objetivo Específico:**

*Analizar la calidad de vida con relación a la personalidad.*

<b>Talleres a padres de familia</b>	<b>Desarrollo:</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>A) "calidad de vida"</p> <p>B) "Importancia de la familia en el desarrollo de su personalidad"</p>	<p>*se invitará a padres de familia a charlas motivacionales y participativas dentro del centro Aurora Passarelli ubicado en el lote 2 sección E, granja Italia, zona 4 de Linda Vista municipio de Villa Nueva.</p> <p>*Se dosificará el contenido en dos talleres o charlas de 1 hora 1 taller cada semana por dos semanas.</p>	<p>*Se evaluará por medio de un trifoliar informativo y una hoja de reforzamiento de contenido</p>

Observaciones:

.....

.....

.....

## ENTREVISTA 1

Nombre \_\_\_\_\_

- 1) *¿Cómo es la relación entre usted y su hijo (a) o pariente?*
  
- 2) *¿Describa alguna de las características de personalidad de su hijo y hermano (a) o pariente?*
  
- 3) *¿Desde qué edad recibe educación especial?*
  
- 4) *¿Es una persona sociable?*
  
- 5) *¿Es una persona independiente?*
  
- 6) *¿Tiene alguna rutina en casa?*
  
- 7) *¿Cómo es la interacción con los demás?*
  
- 8) *¿Tiene alguna rutina grupal?*
  
- 9) *¿Tiene algún pasatiempo en casa?*
  
- 10) *¿Cuáles son las actividades que disfruta?*
  
- 11) *¿Alguien más en la familia colabora en el cuidado de su familia o Pariente?*

## **Entrevista 2**

**Nombre \_\_\_\_\_**

- A) *¿Describe la personalidad de su hijo?***
  
- B) *¿Describe 5 cualidades de su hijo?***
  
- C) *¿Describe 5 defectos de su hijo?***
  
- D) *¿Cómo es la relación entre usted y su hijo?***
  
- E) *¿Es una persona sociable?***
  
- F) *¿Es una persona que se aísla?***
  
- G) *¿Cuántas personas hay en su familia?***
  
- H) *¿Cómo es la personalidad de su hijo en casa?***
  
- I) *¿Cómo es la personalidad de su hijo en el colegio?***
  
- J) *¿Quién se encarga del cuidado de su hijo?***

