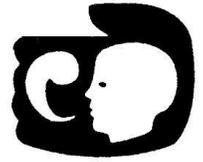




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

**FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA**

**MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN  
INCLUSIVA**

*MANUAL DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES PARA ESTUDIANTES DE  
PRIMARIA CON SÍNDROME DE DOWN*

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y  
EDUCACIÓN INCLUSIVA**

P R E S E N T A

**L.C.H. VERONICA GUADALUPE LEYVA LUNA**

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. EDUARDO HERNANDEZ PADILLA**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE COMUNICACIÓN HUMANA

MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA

*MANUAL DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES PARA  
ESTUDIANTES DE PRIMARIA CON SÍNDROME DE DOWN*

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN  
INCLUSIVA**

PRESENTA

**L. C. H. VERONICA GUADALUPE LEYVA LUNA**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. EDUARDO HERNÁNDEZ PADILLA

COMITÉ TUTORAL

DR. LEONARDO MANRÍQUEZ LÓPEZ

MTRA. FERNANDA MARTÍNEZ FLORES

COMITÉ REVISOR:

DRA. GABRIELA LÓPEZ AYMES

MTRA. MAGNOLIA TÉLLEZ TREJO

# AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a mis padres, por haberme dado los cimientos necesarios para cualquier formación, porque gracias a su ejemplo soy una mujer trabajadora, dedicada y responsable. Gracias por estar ahí siempre, aun cuando no estuvieran de acuerdo con todas las decisiones. Gracias, porque sin duda alguna, sin su apoyo, alcanzar todas mis metas no hubiera sido lo mismo. Los amo.

Agradezco también a mi familia, pero especialmente a mis Abues Silverio y Chave, porque han sido como mis segundos padres y parte fundamental de mi formación, tanto académica pero sobretodo personal, los amo; Tío Jorge, porque con tu esfuerzo, dedicación y todo lo que has luchado por tu formación académica, has sido siempre ejemplo mi ejemplo a seguir, gracias por tus porras y por tu apoyo; Tía Lety, siempre presente y dispuesta a ayudarme en lo que he necesitado, gracias.

Jair, infinitas gracias, porque las veces que pensé que no podría más, que las cosas no estaban funcionando, tú estabas ahí para animarme y motivarme, porque siempre has estado presente en mis mejores momentos, pero sobretodo en los peores, en esos en que ni yo me aguanto. Gracias por creer en mí, en mis proyectos y en mis metas. Te amo.

Amigos, no acabaría de nombrar a todos, pero sé que saben quiénes son. Gracias por ser mi apoyo y por echarme porras. Con ustedes me queda claro que es verdad que los amigos son los hermanos que uno elige. Los amo y en verdad espero tenerlos cerca por siempre.

A la Asociación Unidos, porque desde hace 8 años encontré mi vocación, gracias por las enseñanzas y por darme más que amigos, una familia. Gracias también por las facilidades brindadas para la realización de esta tesis.

Al comité, por sus acertados comentarios y consejos, por tomarse el tiempo de ayudarme a pulir este trabajo. Al Dr. Eduardo, por su apoyo y confianza en este proyecto.

Al CONACYT por financiar esta tesis.

## **DEDICATORIA**

A todos aquellos niños que se esfuerzan día a día por superar todas las barreras que impone la sociedad (una sociedad que no termina de aceptar la diversidad) mientras buscan su lugar en el mundo; porque sin duda se necesita ser valientes y perseverantes cuando todos se esfuerzan por hacerte cambiar y encajar.

Realizo con amor este proyecto, con la esperanza de servir como guía para que todos aquellos maestros y terapeutas puedan brindarles las herramientas necesarias los niños con alguna discapacidad para desenvolverse efectivamente en la sociedad, siendo ciudadanos capaces de seguir siendo si mismos mientras respetan este mismo derecho en los demás. Al mismo tiempo, porque estoy convencida que personas empáticas y respetuosas son quienes van a lograr construir un mundo mejor, independientemente de sus diferencias.

# Contenido

<b>Resumen</b> .....	6
<b>Introducción</b> .....	7
<b>Capítulo 1: Síndrome de Down</b> .....	10
<b>1.1 Antecedentes históricos</b> .....	10
<b>1.2 Características del SD</b> .....	13
<b>Capitulo 2: Habilidades Sociales</b> .....	15
<b>2.1 Definición</b> .....	16
<b>2.2 Características y componentes</b> .....	18
<b>2.3 Proceso de adquisición</b> .....	19
<b>2.4 Modelos explicativos de los déficits en habilidades sociales</b> .....	21
<b>2.5 Importancia de la adquisición habilidades sociales en niños con SD</b> .....	22
<b>Capitulo 3: Intervención en Habilidades Sociales</b> .....	25
<b>3.1 Procedimientos para la intervención en Habilidades sociales</b> .....	26
<b>3.1.2 Intervención de Habilidades sociales</b> .....	28
<b>3.2 Programas de intervención para población con DI y SD</b> .....	31
<b>3.2.1 Aspectos a considerar para la elaboración de programas de intervención en habilidades sociales dirigidas a niños con SD</b> .....	35
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	36
<b>Objetivos</b> .....	37
<b>MÉTODO</b> .....	38

<i>Participantes</i> .....	38
<i>Descripción del contexto</i> .....	39
<i>Instrumentos para la recolección de datos</i> .....	40
<i>Procedimiento</i> .....	40
<b>RESULTADOS</b> .....	42
<i>Análisis y perfil de habilidades sociales a partir del BAS-2</i> .....	42
<i>Análisis de entrevistas</i> .....	50
MANUAL DE INTERVENCIÓN “ <i>APRENDIENDO A CONVIVIR</i> ” .....	55
<b>CONCLUSIONES</b> .....	58
<b>DISCUSIÓN</b> .....	59
<b>REFERENCIAS</b> .....	61
<b>ANEXOS</b> .....	68
Entrevista para padres .....	69

## **Resumen**

El aprender a vivir y convivir con otros requiere el desarrollo de habilidades sociales, ya que es mediante su puesta en práctica que los sujetos podrán tener relaciones interpersonales positivas y recíprocas, favoreciendo de esta manera su inclusión social y escolar. Estas habilidades dependen de diversos factores, tanto personales como contextuales, de modo que los déficits estarán determinados por las interacciones entre estas variables. Las personas con Síndrome de Down (SD), al no presentar un desarrollo típico, suelen tener mayores dificultades en estas habilidades.

Monjas, Gonzales y Benito (2008) afirman que quienes presentan déficits en estas habilidades requieren una intervención directa y sistemática; y la niñez es un periodo crítico (Caballo, 2007). Además, Caballo (2007) afirma que el entrenamiento en habilidades sociales propicia la mejora de la efectividad interpersonal y la mejora general de la calidad de vida.

La presente investigación tuvo como objetivo la elaboración de un manual de intervención en habilidades sociales para estudiantes de primaria SD. La muestra constó de 8 participantes (2 niñas y 6 niños) con SD que se encuentran cursando educación primaria y que forman parte de la Asociación Civil Unidos Somos Iguales. Se aplicó la Batería de Socialización (Silva & Martorell, 2001) mediante la cual se elaboró un perfil de HS, el cual se corroboró con una entrevista semi-estructurada, lo cual en conjunto sirvió de base para la elección de los objetivos y habilidades que se incluyeron en el manual.

**Palabras clave: Síndrome de Down, Habilidades Sociales, Déficit, Intervención**

## **Introducción**

De acuerdo con el censo de población de 2010, el 5.1% de la población en México tiene algún tipo de discapacidad, del cual 8.74% corresponde a discapacidad intelectual. Del total de Personas con Discapacidad (PcD), únicamente el 9.4% asiste a la escuela (SEP, 2014). Esto resulta alarmante, ya que refleja que no solo que no estamos ofreciéndoles las oportunidades para poder acceder al sistema educativo, sino también que estamos limitando sus oportunidades de posteriormente integrarse al ámbito laboral. Esto se ve reflejado en las cifras indican que las PcD integradas a la población económicamente activa corresponde al 18.3% del total nacional de PcD (Diario Oficial De la Federación, 2014). Esta situación ha estado presente a lo largo de la historia, ya que las PcD han sido uno de los grupos con mayores dificultades para acceder a la educación y al empleo.

Actualmente la discapacidad es considerada como un conjunto de condiciones creadas en su mayoría por el contexto social (Programa Nacional de Desarrollo, 2001, pág. 11) y se hace énfasis en la necesidad de eliminar las barreras que limitan la participación de las personas con discapacidad (PcD) en todos los ámbitos de la vida. En este sentido, tanto a nivel internacional como nacional se han creado leyes y acuerdos con el fin de promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de sus derechos. Así es como encontramos, entre otras, Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con Discapacidad y La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad a nivel internacional, y a nivel nacional La ley federal para prevenir y eliminar la discriminación y La ley general para la inclusión de las personas con discapacidad. Relacionados con el ámbito educativo podemos encontrar el índice de inclusión (Booth & Ainscow, 2015), que establece que se debe lograr una escuela que modifique su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica para dar respuesta a las

necesidades educativas de todos, incluyendo a las PcD (Blanco, 1999). Por otro lado, el modelo educativo 2016 establece que es necesario asegurar la presencia, participación y logros de aprendizaje de todos los estudiantes sin excepción

Relacionado con estos cambios, la Organización Mundial de la Salud define la discapacidad de manera multidimensional, tomando en cuenta las características propias de la persona que la presenta y la manera en que el contexto responde ellas:

*Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. (...) Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.* (Organización Mundial de la Salud, 2013 párrafo 1)

La discapacidad se clasifica por la etiología y tipo de limitaciones. Para los fines de la presente investigación, se abordará exclusivamente la discapacidad intelectual (DI), y específicamente, SD, el cual se encuentra dentro de la clasificación genética, siendo la causa más frecuente con incidencia en México de 1/650 recién nacidos; y es provocada por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (Garduño, Giammatteo, Kofman, & Cervantes, 2013). Este síndrome será abordado en el primer capítulo del marco teórico, en el cual se hablará sobre sus antecedentes históricos, definición y características.

Las habilidades sociales son conductas que favorecen las relaciones interpersonales. En el segundo capítulo abordaremos estas habilidades, definiéndolas y caracterizándolas, se hablará también del proceso de adquisición y de los modelos explicativos de los déficits.

Al estudiar las habilidades sociales, es importante abordar la importancia que tiene la intervención para superar los déficits, ya que estas permiten mejorar la capacidad de los sujetos para interactuar con otros y poder responder de manera adecuada ante las diversas situaciones a las que se enfrentan. Por ello, el tercer capítulo hace referencia a las intervenciones en habilidades sociales, los programas existentes dirigidos a PcD y los procedimientos generales para realizar intervenciones.

El capítulo cuatro corresponde al método de la investigación, en él se incluyen el planteamiento del problema y los objetivos generales y específicos. También se describe la metodología empleada, donde se incluye la muestra que participó en el estudio, el contexto, los instrumentos y el procedimiento llevado a cabo para la obtención de los datos, para el análisis de los mismos y la elaboración del manual.

En el capítulo cinco se exponen los resultados y su análisis, así como la descripción del manual de intervención realizado a partir de dichos resultados.

El capítulo seis se destinó a la presentación de conclusiones y discusión de resultados.

## **Capítulo 1: Síndrome de Down.**

El SD es la causa genética de DI más común, en México se presenta con una incidencia de 1 por cada 650 recién nacidos (Garduño, Giammatteo, Kofman, & Cervantes, 2013). El nacimiento de un niño con este trastorno genético es un acontecimiento que se acompaña de un gran impacto en todos los ámbitos de la vida, tanto de la familia como del mismo niño. A continuación, se presenta una visión general de los antecedentes históricos de este síndrome, así como su definición y características generales.

### **1.1 Antecedentes históricos.**

No se tiene registro de cuando apareció el SD, no obstante, existen registros de hallazgos de cráneos y esculturas de civilizaciones antiguas, como la olmeca, en las cuales se observan las características típicas que suelen presentar las personas con SD. De igual forma, en diversas pinturas pueden observarse representaciones de personas con SD, cuadros como “*La Virgen y el niño*” de Andrea Montegna y “*Lady Cockburn*” de Sir Joshua Reynolds (López, López, Parés, Borges, & Valdespino, 2000)

Es necesario recalcar que lo mencionado anteriormente no son más que conjeturas, ya que las primeras publicaciones sobre este trastorno genético aparecieron a partir del siglo XIX.

El médico inglés John Langdon Down (1866)<sup>1</sup> describió las características de un grupo de pacientes con retraso mental, asegurando que se trataba de un síndrome de origen congénito y no causado por factores postnatales. Afirmaba que sus características físicas los hacían parecer provenientes de una raza distinta de la que procedían (de ahí surgió el

---

<sup>1</sup> Documento recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/content/13/61/121>

primer nombre que se le asignó a este síndrome, Mongolismo). Publicó en el London Hospital Reports un artículo en el que describió este síndrome:

*“El pelo no es negro, como en el Mongol verdadero, sino de un color café, lacio y escaso. La cara es plana y amplia. Las mejillas son rotundas y se extienden a los lados. Los ojos se colocan oblicuamente, y su canto interno es más distante de lo normal. La grieta palpebral es muy estrecha. La frente se arruga transversalmente con la ayuda constante de los elevadores del párpado. Los labios son grandes y gruesos, con grietas transversales. La lengua es larga y áspera. La nariz es pequeña. La piel tiene un leve tinte amarillento sucio, y es deficiente en elasticidad, dando el aspecto de ser demasiado grande para el cuerpo.”*(Langdon Down, 1866; pp 260)

Además de las características faciales, describió coordinación neuromuscular anormal, dificultades en el lenguaje, aspecto de los ojos, sentido del humor y la asombrosa facilidad de imitar de algunos pacientes.

En 1876 Fraser y Mitchell, le dieron el nombre de idiocia calmuca. En 1909 Shuttleworth, hizo énfasis sobre la edad materna como factor causal de este trastorno. En 1932 Waardenburg sugirió que la causa probable residía en un “reparto anormal” de los cromosomas. En 1932 Davenport sugirió que las irregularidades cromosómicas podrían originar ciertas formas de discapacidad intelectual, entre ellas el SD. En 1956 Tjio y Levan, establecieron que el número de cromosomas en el ser humano, en condiciones normales es de 46. En 1959 Lejeune, Gautrier y Turpin, descubrieron por medio del análisis del cariotipo que estos pacientes tenían 47 cromosomas, poco tiempo después se identificó el cromosoma adicional que correspondía al par 21. Poco después se describieron los primeros casos de translocación y de mosaicismo. A mediados de la década de los

cincuenta fue posible el diagnóstico prenatal, entre las 14 y 17 semanas de gestación, mediante la técnica de amniocentesis. (Secretaria de Salud, 2007; Basile, 2008).

En 1961 se propuso la utilización de la denominación SD en sustitución de los vocablos utilizados previamente ya que estos eran considerados peyorativos debido a la implicación racial y étnica; por otro lado el Dr. Jerome Lejeune lo denominó como trisomía 21 (Murillo, 2004)

A partir de los años setenta, se iniciaron diversos estudios que centraron su atención en los rasgos dismórficos y en la búsqueda de los sitios específicos de los genes situados en el brazo largo del cromosoma 21. Es así como en 1974, Nebuhr, a partir de mapas genéticos y físicos de alta resolución sugirió que el fenotipo del SD podría ser causado por la duplicación de una parte del cromosoma 21. A inicios de los 80, la biopsia de vellosidades coriónicas se utilizó como medio de diagnóstico prenatal del SD entre las semanas 8 y 11 de gestación. A principios de los años noventa, se generó un sinnúmero de reportes clínicos, lográndose avances en la determinación del SD, como es el caso de la técnica de hibridación in situ mediante fluorescencia (FISH). Asimismo, esta época, se inicia la utilización de ratones con SD para estudiar las alteraciones neuroquímicas, con el fin de buscar soluciones a las alteraciones asociadas (López, López, Parés, Borges, & Valdespino, 2000).

Actualmente se sabe que el SD es una alteración genética producto de la presencia de un cromosoma 21 adicional o de una trisomía parcial (Garduño, Giammatteo, Kofman, & Cervantes, 2013) y puede presentar tres variantes: trisomía libre, translocación y mosaicismo (Basile, 2008).

El diagnóstico se realiza con base en las características clínicas, y como se mencionó anteriormente, son utilizados diversos estudios durante la gestación, como la amniocentesis que consiste en la extracción de líquido amniótico para su análisis. Sin embargo, es recomendable confirmar el diagnóstico por cariotipo para determinar la variante del SD.

## **1.2 Características del SD**

Basile (2008) describe cada una de las variantes de la siguiente manera: La trisomía libre ocurre cuando durante la división celular un error altera la separación de los cromosomas y ocurre la no-disyunción, provocando que los cromosomas se distribuyen inequitativamente en los gametos, lo cual da como resultado la presencia de un cromosoma 21 extra. Si durante el proceso de división celular, uno de los cromosomas 21 extra se elimina de forma espontánea o el error de no-disyunción ocurre después de las divisiones celulares, la trisomía 21 estará presente solo en algunas células dando origen a la condición de mosaicismo. La trisomía 21 también puede presentarse por alteraciones estructurales, es decir, el número total de cromosomas es de 46, pero la dosis génica es equivalente a una trisomía 21, que puede ser total (como en el caso de translocaciones robertsonianas o isocromosomas 21) o parcial, con la presencia de 3 dosis genéticas de la región crítica para el SD por duplicación o inserción cromosómicas. A esta condición se le denomina traslocación.

En 1970 Caspersson postuló que el material genético que provoca la aparición fenotípica propia del SD se encuentra concentrado en la porción distal del brazo largo del cromosoma 21. Esto fue estudiado también por Perera y Abreu en 1974, quienes afirmaron que el fenotipo del SD es causado por la mitad del brazo largo del cromosoma 21. A partir de estas afirmaciones se fue definiendo lo que se ha llamado "región crítica". Esta noción,

mantenida durante varios años, está siendo criticada ya que algunos rasgos fenotípicos característicos no corresponden a esa región y están relacionados con otros segmentos más proximales del cromosoma 21 (López, López, Parés, Borges, & Valdespino, 2000; Basile, 2008).

Además de la presencia de un grado variable de discapacidad intelectual, este síndrome está caracterizado por la presencia de algunos rasgos físicos como son:

*“Un perfil facial y occipital planos, braquiocefalia, hendiduras palpebrales oblicuas, diastasis de rectos, raíz nasal deprimida, pliegues epicánticos, cuello corto y ancho con exceso de pliegue epidérmico nugal, paladar ojival, clinodactilia del quinto dedo de las manos, pliegue palmar único, y separación entre el primer y segundo dedo del pie. Las patologías que se asocian con más frecuencia son las cardiopatías congénitas y enfermedades del tracto digestivo (celiaquía, atresia/estenosis esofágica o duodenal, colitis ulcerosa...).”* (Basile, 2008)

Diversos autores afirman que el material genético extra proveniente del cromosoma 21 hace que las personas que lo poseen tengan ciertas características comunes, no obstante también existe una gran variabilidad individual entre las personas con SD, la cual es determinada tanto por factores hereditarios como ambientales, es decir, su expresión va a ser diferente en cada persona, ya que como ocurre con cualquier ser humano, no todos siguen el mismo proceso de desarrollo, ya que intervienen diversos factores, tanto internos como externos (Basile, 2008; Troncoso & Cerro, 1998).

Candel (2005) señala que las personas con SD suelen presentar un retraso en la adquisición de las habilidades comunicativas, de lenguaje y socio-afectivas, déficits atencionales así como una tendencia a la impulsividad. En relación al aprendizaje, afirma

que presentan dificultades para la consolidación y utilización de habilidades y conocimientos. Estas características deben ser tomados en cuenta a la hora de realizar intervenciones con esta población.

Calero, Robles y García (2010) mencionan que diversos estudios han analizado los déficits que presentan los niños con SD, encontrando en que sus principales dificultades se encuentran en la atención, velocidad para analizar y procesar información, resolución de problemas, memoria y expresión lingüística; además de características significativas relacionadas con la impulsividad, baja tolerancia a la frustración y necesidad de regulación externa. Estos hallazgos son corroborados también por Ruiz (2004) quien afirma que las personas con SD suelen tener mayores dificultades para regular e inhibir su comportamiento, lo cual con frecuencia se manifiesta con conductas sociales consideradas inapropiadas, como por ejemplo contacto físico excesivo. Esto muestra la necesidad de indagar y conocer los déficits específicos en habilidades sociales que presenta esta población con el fin de proporcionar intervenciones adecuadas que ayuden a mejorar su desarrollo integral.

## **Capítulo 2: Habilidades Sociales.**

Las habilidades sociales forman parte de un amplio conjunto de conductas llamadas conductas adaptativas, las cuales son para la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD por sus siglas en inglés) uno de los principales criterios de evaluación y diagnóstico en la DI, ya que estas permiten contar con un indicador del grado de funcionalidad y autonomía de los individuos (Dressler, Perelli, Feucht, & Bargagna, 2010).

Las conductas adaptativas son definidas como el conjunto de habilidades aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Navas, Verdugo, Arias, & Gomez, 2010), e incluyen tres grandes áreas: habilidades conceptuales, prácticas y sociales; siendo estas ultimas las más relevantes para los propósitos de la presente investigación.

A continuación, se describirán las habilidades sociales, definiéndolas, identificando sus componentes y su importancia en el desarrollo de la persona. También se pretende presentar una breve descripción del proceso de adquisición, así como los modelos explicativos de los déficits en estas habilidades.

## **2.1 Definición.**

Existe en el ámbito de las habilidades sociales una amplia variedad de definiciones, las cuales abordan distintos aspectos y características de estas, pero no se dispone aún de una concepción y una definición consensuadas. Con respecto a ello, Gresham (1986) señala que pueden encontrarse tres tipos de definiciones de habilidades sociales:

- 1) De aceptación de los iguales: Estas definiciones se centran únicamente en la aceptación y popularidad de las personas, es decir, se considera una persona socialmente hábil con relación a que tan aceptada o popular es.
- 2) Conductual: Definen a las habilidades sociales como comportamientos específicos que permiten experimentar relaciones sociales satisfactorias para ambas partes. Estas definiciones tienen la ventaja de poderse operacionalizar y medir, para la realización de intervenciones.
- 3) De validación social: Se refieren a las habilidades sociales como aquellos comportamientos que en determinadas situaciones predicen importantes resultados sociales, como, por ejemplo, aceptación, popularidad, etc.

En relación a esta variedad de definiciones Gras (2002) menciona que existe una distinción entre habilidades sociales y competencia social; ya que las primeras son un repertorio de comportamientos específicos que son utilizados por la persona para llevar a cabo una tarea con un fuerte componente social; mientras que la competencia social es evaluativa, es decir que está basada en un juicio social respecto a cierto criterio, el cual valora si una persona ha realizado de forma adecuada las tareas sociales. Por ello, el tener adecuado repertorio de habilidades sociales no garantiza un desempeño socialmente competente, ya que es necesario que dichas habilidades sean ejecutadas eficientemente, acorde a ciertos factores culturales y contextuales (Morán & Olaz, 2014).

Es importante señalar que el término *habilidad* se utiliza para indicar que no es un rasgo de la personalidad, sino un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos.

Caballo (1993) define las habilidades sociales como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal mediante el cual expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y generalmente resuelve los problemas inmediatos mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Por otra parte, Monjas *et al.* (1998) las definen como un conjunto de competencias conductuales que posibilitan que las personas mantengan relaciones sociales positivas afrontando efectivamente las demandas de su entorno social. Por otro lado, Gutiérrez y Prieto (2002) afirman que son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria.

Para los fines de la presente investigación, rescatamos elementos de cada una de estas tres definiciones. Por tanto, definiremos las habilidades sociales como el conjunto de

conductas manifestadas por una persona en un contexto interpersonal (Familiar, escolar y social) que favorecen que las personas mantengan relaciones sociales positivas, efectivas y mutuamente satisfactorias, afrontando adecuadamente las demandas de su contexto social.

## **2.2 Características y componentes.**

Conocer las características de las habilidades sociales conducirá a una mejor comprensión de las mismas, permitiendo realizar intervenciones mucho más efectivas. Entre las características encontradas en distintos trabajos, se pueden destacar las siguientes:

\* Son conductas y repertorios conductuales adquiridos a través del aprendizaje. Es decir, son aspectos observables, medibles y modificables (Caballo, 2007), por lo tanto, no es un rasgo innato de un sujeto; esto quiere decir que se pueden cambiar, enseñar o mejorar mediante intervenciones.

\* Constituyen conductas que son manifestadas por un individuo en un contexto interpersonal (Caballo, 1993)

\* Aumentan el refuerzo social y la satisfacción mutua. Monjas *et al.* (1998) afirman que estas habilidades posibilitan que las personas mantengan relaciones sociales positivas y mutuamente satisfactorias.

\* Las habilidades sociales son específicas de la situación. Como menciona Caballo (2007), las habilidades sociales dependen parcialmente del contexto y deben considerarse con relación en su eficacia en una determinada situación, es decir, se evalúan mediante un juicio de carácter cualitativo. Por ello, para que una conducta sea socialmente hábil, es necesario que la persona tenga la capacidad de percibir la información básica de dicho contexto o situación y procesar esa información en base a la experiencia, la observación y el

aprendizaje. Asimismo, debe evaluar, controlar y regular su conducta a través del feedback externo (verbal y no verbal) y de la evaluación interna (cogniciones, emociones).

Las habilidades sociales están constituidas por componentes verbales (como volumen de la voz, tono, timbre, fluidez, tiempo de habla, claridad, velocidad y contenido del mensaje ) y no verbales (lenguaje corporal, distancia interpersonal, contacto ocular, postura, orientación, expresión facial, etc.), así como también componentes cognitivos y emocionales (conocimiento social, capacidad de ponerse en el lugar del otro, resolución de problemas, constructos personales, expectativas, planes y sistemas de autorregulación) y fisiológicos (ritmo cardiaco, respiración, presión sanguínea, respuestas electrodermales) (Caballo & Verdugo, 2005).

### **2.3 Proceso de adquisición.**

Además de los factores fisiológicos y cognitivos mencionados anteriormente, Caballo (2007) afirma que un aspecto importante para la adquisición y desarrollo de estas habilidades son las conductas inhibidas versus las desinhibidas (él las denomina temperamento), ya que las primeras provocaran menos oportunidades de aprendizaje y práctica de conductas sociales y a su vez menos refuerzos; mientras que las segundas propiciarán mayores interacciones sociales y mayor retroalimentación sobre su conducta. A pesar de ello, afirma que la adquisición de las habilidades sociales dependerá en mayor medida de la maduración y las experiencias de aprendizaje, ya que la experiencia ante determinadas situaciones facilitará la ejecución adecuada de dichas habilidades.

Caballo (1993) afirma que no existen datos definitivos sobre cuándo y cómo se aprenden las habilidades sociales, pero asegura que la niñez es un periodo crítico para ello.

Considerando lo expuesto hasta el momento, resulta evidente que el aprendizaje de las habilidades sociales se produce naturalmente en contextos sociales y se consolidan gracias a la interacción con los demás, por lo que no se trata de una manifestación de rasgos innatos. En este sentido, consideramos que a lo largo de la vida, las personas aprenden de sus propias experiencias, de sus interacciones y de la observación de los demás.

Monjas (1998) señala que los mecanismos de aprendizaje de las habilidades sociales son cuatro:

\*Aprendizaje por experiencia directa: Las habilidades sociales se adquieren en función de las consecuencias aplicadas por el entorno después de cada comportamiento social. Por ejemplo, cuando un niño se da cuenta que si le pega a sus compañeros estos dejan de jugar con él, esta conducta tiende a extinguirse.

\* Aprendizaje por observación e imitación: El niño aprende conductas como resultado de la exposición ante modelos significativos. Es decir que aprenderá a relacionarse con los otros imitando las conductas que observa de las personas cercanas a él, como padres, hermanos, maestros, etc.

\* Aprendizaje por instrucción: El sujeto aprende a través de lo que se le dice. En el ámbito familiar, esta instrucción es informal, pero también existe la instrucción sistemática y directa mediante programas de intervención específicos.

\* Retroalimentación de otras personas: Se refiere a la explicitación por parte de los interlocutores y/o los observadores de cómo ha sido nuestro comportamiento; la otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta. Por ejemplo, cuando un padre le llama la atención a su hijo por haberse comportado de manera inapropiada ante cierta situación.

Estos cuatro mecanismos de aprendizaje no se dan de forma aislada, sino que se complementan unos con otros, favoreciendo así un adecuado desarrollo de habilidades sociales. Cada uno aporta información y experiencias esenciales, y si alguno de ellos llegara a faltar, podría significar un déficit en estas habilidades.

Lo anterior se hace evidente, sobre todo en el caso de aquellos niños que presentan alguna discapacidad, en donde las deficiencias en habilidades sociales pueden no necesariamente estar relacionadas con sus deficiencias físicas o cognitivas, si no que se relacionen más con factores contextuales en las cuales no posea los elementos necesarios para desarrollar los cuatro mecanismos de aprendizaje, es decir: contextos de interacción favorables, modelos significativos, retroalimentación de sus actuaciones e intervenciones directas.

#### **2.4 Modelos explicativos de los déficits en habilidades sociales.**

Monjas (1998) señala dos modelos complementarios que explican los déficits en las habilidades sociales. Por un lado, el *modelo del déficit* consiste en que los problemas de competencia social se deben a que el sujeto no posee un repertorio conductual y habilidades necesarias para interactuar porque nunca las ha aprendido. Esto puede deberse a que no ha tenido modelos apropiados o estimulación adecuada, a la falta de oportunidades de aprendizaje o a la existencia de una historia inadecuada de reforzamiento. Por otro lado el *modelo de interferencia* afirma que el sujeto posee estas habilidades, pero no las pone en juego debido a factores emocionales y/o cognitivos y motores que interfieren con su ejecución.

Asimismo, Verdugo y Gutiérrez (2011) mencionan que los déficits en habilidades sociales pueden entenderse desde dos posturas: a) Déficit de adquisición: Es decir, no saben

cómo realizar la habilidad y b) Déficit de desempeño: No saben cuándo utilizar las habilidades aprendidas.

En este sentido, Caballo (2007) afirma que el modelo que mejor explica las habilidades sociales es el denominado interactivo, ya que enfatiza el papel de las interacciones entre las variables contextuales y las características personales. De modo que una conducta socialmente habilidosa sería el resultado de una cadena de respuestas conformada por:

- \*Una recepción correcta de estímulos
- \*Procesamiento flexible de los estímulos
- \*Elaboración y evaluación de posibles respuestas
- \*Selección de la mejor respuesta
- \*Emisión apropiada de la opción elegida

Monjas *et al.* (2008) afirman que los niños que presentan déficits en las habilidades sociales no adquieren la competencia social por la mera exposición al comportamiento de otros niños socialmente hábiles, sino que para que esto se produzca, se necesita una intervención directa y sistemática; y la niñez es un período crítico para ello (Caballo, 2007) ya que les permitirá a los niños (especialmente aquellos con algún tipo de discapacidad intelectual, como el SD) conozcan y crezcan en un ambiente que cultive su desarrollo en habilidades sociales.

## **2.5 Importancia de la adquisición habilidades sociales en niños con SD.**

Con lo revisado hasta el momento, podemos suponer que un adecuado desarrollo de habilidades sociales traerá efectos positivos en diversas áreas de la vida. Cuando se presentan déficits en estas, como ya se mencionó anteriormente, es necesario que se

apliquen métodos de intervención para poder superarlos y favorecer así el social durante el período infantil. Esto tiene efectos a corto y largo plazo, ya que de acuerdo con Monjas *et al.* (1998) contribuye a un adecuado funcionamiento psicológico, académico y social. Esto se relaciona con niveles altos de rendimiento académico y autoestima, y niveles bajos de depresión, ansiedad; mientras que los problemas de conducta social se han asociado con abandono escolar, resultados laborales pobres, abuso de drogas, delincuencia, depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad antisocial (Reyna, Ison, & Brussino, 2011).

En el caso de las personas que no siguen un desarrollo típico, estas habilidades son fundamentales para el ajuste, regulación y el éxito de su comportamiento en las interacciones (Gras, 2002). Es decir, favorecen las relaciones interpersonales, lo cual les permite desarrollar habilidades que son básicas para su inclusión exitosa en diferentes contextos.

No se puede establecer un perfil general de habilidades sociales que describa la situación de todos los niños con SD, ya que como se ha mencionado anteriormente, estas dependen entre otras cosas, de factores personales, contextuales y de las oportunidades para ponerlas en práctica. Lo que sí es posible es exponer la importancia y los beneficios que tiene el desarrollo de estas habilidades en los niños con SD.

Uno de los principales factores que dificultan la integración e inclusión escolar de las personas con SD, es que por lo general se encuentran faltos de habilidades sociales que les permitan tener relaciones interpersonales adecuadas y un buen desenvolvimiento social (Fundación Española de Síndrome de Down, 2012). Dichas limitaciones repercuten

también la participación de los menores en las actividades escolares y recreativas, y posteriormente en la inclusión laboral.

Gras (2002) afirma que el éxito en la inclusión está generalmente asociado al desarrollo de las habilidades individuales que permiten participar de forma adecuada en las diversas actividades y establecer relaciones de forma apropiada con todos los miembros de la comunidad. Además, de acuerdo con Izuzquiza y Ruiz (2007):

*“Las personas con discapacidad necesitan cultivar, aprender y practicar las habilidades sociales más que nadie, ya que con frecuencia suscitan el rechazo, que es exactamente lo opuesto a la relación, la aceptación y la convivencia. Puede que el rechazo vaya falsamente tapado por la conmiseración o por una peyorativa compasión; pero, a la hora de la verdad, la persona con discapacidad se ve obligada a demostrar permanentemente que tiene capacidad para convivir...”* (Izuzquiza & Ruiz, 2007; pp. 15)

Lo anterior hace referencia a actitudes mostradas por la sociedad hacia las personas con alguna discapacidad, tanto de rechazo y exclusión, como a aquellas actitudes que parecieran manifestar aceptación, pero que en realidad muestran conductas sobreprotectoras que limitan a la persona. En el caso específico de las personas con SD, suele suceder que se les considera y trata como “niños eternos”, limitando de esta manera sus posibilidades de explotar y demostrar todas sus capacidades.

Diversos estudios se han hecho con el propósito de investigar cuales son los efectos de las intervenciones en habilidades sociales en niños y adolescentes con distintas discapacidades. Kramps, Leonard, Vernon, Dugan y Delquadri (1992) demostraron que mediante la intervención es posible lograr un incremento en la frecuencia, tiempo de

participación y la duración de las interacciones sociales. Boluarte, Méndez y Martell (2006) encontraron que se incrementa la capacidad de adaptación familiar y social, mejoran las habilidades conversacionales, hábitos personales, habilidades de planificación, habilidades de expresión y manejo de las emociones y con ello las condiciones para la inclusión escolar y se incrementan sus posibilidades para dedicarse a labores productivas. Castillo, Rancaño, Abillar y Farías (2005) mostraron que las habilidades sociales pueden evolucionar favorablemente, mediante intervenciones con grupos reducidos y un programa adaptado.

Por ello, se considera de suma importancia realizar intervenciones en habilidades sociales dirigidas a personas con SD, en las cuales trabajen habilidades específicas de interacción social en contextos cotidianos en los cuales sea posible llevarlos a la práctica, es decir, brindar estrategias que les permitan mejorar su competencia interpersonal en situaciones sociales, y de este modo, prevenir y corregir problemas de interacción social y adaptación. Para lograrlo es necesario realizar evaluaciones que permitan identificar los déficits que presentan los menores, así como las áreas fuertes, lo cual permita ubicar a los sujetos en un nivel de competencia social y que esto a su vez sirva como base para la planeación de las intervenciones.

### **Capítulo 3: Intervención en Habilidades Sociales**

Como hemos señalado hasta el momento, enseñar a los niños habilidades sociales tiene muchos beneficios; uno de los más importantes es favorecer su inclusión a los diversos grupos en los que se desenvuelve, además, aquellos niños que presentan déficits en estas habilidades tienen menos oportunidades para establecer relaciones interpersonales y a su vez menos oportunidades de observar, practicar, y ser reforzado por su actuación, lo cual impide el aprendizaje de nuevas habilidades sociales que serán útiles a lo largo de la vida.

Las afirmaciones anteriores cobran especial relevancia en el caso de los niños con alguna discapacidad, por ejemplo, SD, ya que actualmente se busca su inclusión en todos los ámbitos, especialmente la inclusión escolar. Sin embargo, como ya se ha mencionado, una de las principales dificultades a las que se enfrentan estos niños al tratar de ser incluidos en educación regular, es que no cuentan con las habilidades para desenvolverse e interactuar adecuadamente con otros niños.

Es por ello que en los últimos años ha aumentado el interés en desarrollar programas de intervención en habilidades sociales, tanto para personas con y sin discapacidad. En este apartado se presentan los procedimientos generales que se deben seguir para realizar programas de intervención así como algunos programas que se han desarrollado con este fin dirigidos a PcD. Del mismo modo se presentan algunas consideraciones que deben ser tomadas en cuenta cuando se planean dichas intervenciones.

### **3.1 Procedimientos para la intervención en Habilidades sociales**

A continuación se presenta el formato de intervención propuesto por autores como Caballo (2007), Gutiérrez y prieto (2002) y Verdugo (1997), el cual proporciona la información necesaria para planear e implementar la enseñanza de habilidades sociales, mediante una estructura concreta y flexible, la cual incluye la evaluación y la intervención.

#### **3.1.1 Evaluación de Habilidades sociales**

Teniendo en cuenta la gran variedad de factores que intervienen en las habilidades sociales, consideramos de suma importancia que antes de diseñar y aplicar cualquier tipo de programa de intervención, se lleve a cabo una evaluación a la o las personas a quienes se va

a dirigir. De ningún modo es aceptable realizar intervenciones basándose en características generales o en suposiciones, ya que esto limitaría la efectividad del programa.

Caballo (2007) asegura que a pesar de que continuamente aparecen nuevos instrumentos para la evaluación de las habilidades sociales, esto aún representa un tema conflictivo. Esto se debe a la naturaleza dinámica y compleja de estas habilidades, ya que por un lado existe la dificultad para establecer un consenso sobre lo que se considera como una conducta socialmente habilidosa, pues como se ha mencionado en apartados anteriores, ello depende del contexto y la situación específica.

A pesar la dificultad para evaluar estas habilidades, Caballo (2007) señala que es importante considerar una serie de fases en la evaluación, las cuales se aplicarán con base en las necesidades y objetivos, estas fases son:

- ✓ Fase 1: Antes del tratamiento, en la cual se realiza un análisis conductual para determinar los déficits.
- ✓ Fase 2: Durante el tratamiento, para analizar la manera en que se van modificando las conductas y habilidades y de esta manera determinar si los métodos de intervención elegidos son los adecuados.
- ✓ Fase 3: Después del tratamiento, para evaluar los avances alcanzados.
- ✓ Fase 4: En el periodo de seguimiento para evaluar el grado en que el paciente ha mantenido y progresado los aprendizajes

Por otro lado, las técnicas de evaluación de las habilidades sociales existentes son muchas y muy diversas, entre ellas podemos encontrar entrevistas al paciente y a personas significativas, observación por expertos, autoobservación, pruebas de desempeño de roles,

autoinformes, entre muchas otras. Morán y Olaz (2014) afirman que una de las técnicas más empleadas son los inventarios, debido a que pueden ser utilizados con muestras amplias en poco tiempo, abarcan un número grande de situaciones y comportamientos, tienen un mínimo costo y evalúan de manera objetiva pensamientos y sentimientos en situaciones sociales.

Es importante tener en cuenta que lo ideal sería poder disponer de una batería de evaluación que incluya varias técnicas, de modo que los datos que proporcione dicha evaluación sirvan para la elección de los objetivos y la planificación del tratamiento, así como para la evaluación de la efectividad del mismo.

Una de las principales dificultades percibidas por Guaygua y Roth (2008) es la falta de contextualización de las pruebas las pruebas de evaluación disponibles; ya que se construyen con parámetros extranjeros para el análisis de los datos obtenidos.

### **3.1.2 Intervención de Habilidades sociales**

Caballo (2007) aporta una guía de procedimientos generales para realizar intervenciones, los cuales que permiten ser modificados y ajustarse a las necesidades de la población con la cual se va a intervenir. Dichos procedimientos son muy similares a los utilizados por otros autores, como Verdugo (1997) y Gutiérrez y Prieto (2002).

Una vez realizada la evaluación, los datos obtenidos serán útiles para programar y planificar los objetivos. En este punto toda información de la que disponemos es importante, tanto los déficits como las capacidades de los usuarios. Además, se debe tomar en cuenta la información sobre factores que pueden facilitar o dificultar el proceso de adquisición de las habilidades a entrenar, por ejemplo, como ya se mencionó anteriormente

las personas con SD pueden presentar déficits atencionales, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, así como dificultades para la consolidación y aplicación de habilidades y conocimientos.

Los procedimientos de los denominados “Paquetes de entrenamiento de habilidades sociales”, incluye una serie de pasos que resultan útiles para lograr resultados exitosos, haciendo énfasis en que uno de los factores determinantes de la efectividad de cualquier programa de intervención, es su adecuación a las características y necesidades específicas de los usuarios a los que va dirigido.

Siguiendo a McGinnis y Goldstein (1990), estas partes de la intervención deberán tener las siguientes características:

1. Instrucción o explicación verbal:

Explicar en qué consiste la habilidad que se trabajará, así como su importancia y los beneficios de utilizarla, situaciones en las que resulta pertinente emplearla y cómo se realiza de forma correcta. Se deben emplear ejemplos implicando a los usuarios.

2. Utilización de modelos:

La o las personas que sirvan como modelo (en este caso, el terapeuta o facilitador) deben ser lo suficientemente diestros (pero no demasiado) para la realización de la conducta. Además, debe tener una personalidad amistosa y agradable. Además del terapeuta, se puede contar con la participación de personas del rango de edad de los observadores o alguna persona significativa para ellos. El modelado debe darse de forma clara y detallada, respetando un orden de lo menos a lo más difícil; y se debe tratar de eliminar los detalles irrelevantes y distractores.

### 3. Role Play/ Juegos de roles:

Los juegos o actividades deben ser atractivas para que aumente el interés y compromiso de los menores. Se deben recompensar y retroalimentar a los niños por desarrollar las conductas implicadas las actividades.

### 4. Retroalimentación:

Implica proporcionarle información al niño sobre qué tan bien se ajusta su conducta a lo que se está trabajando, así como el seguimiento de los pasos de la habilidad a lo que ha mostrado el modelo. La retroalimentación puede hacerse de diferentes formas: como las sugerencias constructivas para mejorar, la motivación, la asesoría o reforzamiento.

### 5. Reforzamiento:

Una retroalimentación eficaz sobre el desempeño debe prestar atención a los tres tipos de refuerzo: 1) El refuerzo material, 2) El refuerzo social y 3) El autorefuerzo. Debe darse inmediatamente después de la conducta deseada y debe ser percibido como un premio. Es importante mencionar que el refuerzo material puede tomarse como una base necesaria sin la cual los otros dos tipos de refuerzo puede que no funcionen, por ello el maestro o terapeuta debe esmerarse en combinar los refuerzos materiales con los sociales para proporcionar una retroalimentación significativa sobre el desempeño. Lo ideal es ir eliminando los refuerzos materiales mientras se mantienen y aumentan los sociales.

### 6. Actividades para la generalización:

El objetivo final es transferir tal destreza otros ambientes, situaciones y en respuesta a una variedad de personas. En este sentido, las tareas para la casa en colaboración con los

padres o cuidadores principales, son un gran vehículo para producir oportunidades de experiencias reales y de refuerzo significativo.

De acuerdo con esta estructura, la intervención deberá realizarse de la siguiente manera: En primer lugar, cada habilidad se debe explicar de manera breve, expresada en frases cortas y con un lenguaje adecuado al nivel de comprensión, descomponiéndola en sus partes constitutivas o pasos (1). Luego, se muestran a los niños ejemplos de personas realizando de manera correcta los pasos previamente explicados (2). Después, los niños ensayan o practican los pasos de cada una de la habilidades que han observado mediante juegos y actividades (3), y reciben retroalimentación tanto de los otros niños y como del maestro a medida que el comportamiento simulado se asemeja cada vez más al del modelo (4), también se otorgan reforzamientos a lo largo de todos los ensayos, sirviendo tanto para adquirir como para aumentar determinadas conductas (5) . Finalmente, se deben usar actividades que faciliten la generalización y la transferencia de destrezas recientemente aprendidas en diferentes situaciones y contextos de la vida real (6).

### **3.2 Programas de intervención para población con DI y SD.**

Miguel Ángel Verdugo y Belén Gutiérrez (2009) realizan una recopilación de algunos programas de intervención dirigidos a PcD (Tabla 1), cada uno de estos propone una metodología y objetivos de intervención distinta y acorde al grupo de edad que al que están dirigidos.

Los “Programas Conductuales Alternativos” (Verdugo, 1997), “Programa de Habilidades Sociales para Adultos con Discapacidad Intelectual” (McClennen, Hoekstra & Bryan, 1980) y “Habilidades sociales para la vida diaria” (Schumaker, Hazel & Pederson, 1988) presentan ciertas características que dificultan su utilización con niños con SD, por

un lado, están dirigidos específicamente a población adulta, por lo cual requiere habilidades y conocimientos previos, como por ejemplo, la lecto-escritura en algunos casos, la orientación espacial por la ciudad, etc.; además sus objetivos están encaminados al logro de la independencia e inclusión laboral y no tanto hacia la adquisición de habilidades de interacción social. Otra limitante importante es que sus objetivos son muchos y muy amplios, lo cual podría significar un que se requiere un mayor número de sesiones para la consolidación de los aprendizajes.

En el caso del “Programa de habilidades de interacción social” (Monjas, 1993), a pesar de estar dirigido a niños en edad escolar, está diseñado para aplicarse dentro del contexto escolar (integrándose al currículo) y familiar a la par, con lo cual se pretende generalizar las habilidades trabajadas en el programa, pero una de sus grandes limitantes es que su principal contexto de acción es el escolar. Por último, el manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental (Gutiérrez & Prieto, 2002) fue desarrollado en un estudio con personas adultas con DI que se encuentran institucionalizadas, en este manual se presenta una guía de pasos estándar (la cual sigue el formato presentado en el apartado 3.1), sin embargo no presenta actividades específicas ni indicaciones de cómo se deben estructurar las sesiones en cuanto a tiempo y cantidad de personas, así mismo no especifica como se deben modificar en función de la habilidad que se va a entrenar.

Como vemos, si bien existe una cantidad considerable de programas de intervención en habilidades sociales, la mayoría de ellos fueron diseñados en países europeos, además un problema importante que se encuentra presente en la mayoría de ellos es la falta de generalización al momento de enseñar una habilidad social, aunado a ello encontramos que

estos programas no suelen tomar en cuenta las necesidades específicas de los destinatarios, así como tampoco consideran la efectividad de las habilidades enseñadas y los efectos de la intervención en los contextos en los que se desenvuelven cotidianamente.

En el caso específico de México, no existen programas de competencia social o habilidades sociales dirigidos a personas con síndrome de Down, y dadas sus características particulares y la necesidad de favorecer su inclusión social y escolar, es necesario crear programas que atiendan los déficits en habilidades sociales que pudieran presentar, brindándoles de esta manera las herramientas necesarias para desenvolverse adecuadamente.

Tabla 1 *Programas de intervención en habilidades sociales para personas con DI*

<b>Programa</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Programas conductuales alternativos (PCA)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Programa de habilidades sociales (1997)</b></li> <li>• <b>Programa de habilidades de orientación al trabajo (1996)</b></li> <li>• <b>Programa de habilidades para la vida diaria (2000)</b></li> </ul>	Miguel Ángel Verdugo	Preparación para la vida adulta y la integración sociolaboral.  Está dirigida a adolescentes y adultos con DI y se aplica principalmente en centros educativos y ocupacionales.
<b>Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental (2002)</b>	Gutiérrez y Prieto	Que las personas con retraso mental trabajen y practiquen las habilidades necesarias para integrarse en la sociedad, y conseguir que participen de lo que la sociedad les ofrece y sean aceptados por ésta.  Desarrollo y fomento de la competencia interpersonal en la infancia.
<b>Programa de habilidades de interacción social (1993)</b>	Inés Monjas	Está dirigida a población en edad escolar, en dos contextos, colegio y casa.
<b>Habilidades sociales para adultos con discapacidad intelectual (1980)</b>	McClennen, Hoekstra y Bryan.	Desarrollar habilidades esenciales de interacción.
<b>Habilidades sociales para la vida diaria (1988)</b>	Schumaker, Hazel y Pederson	Desarrollar habilidades corporales básicas, de conversación y amistad, relación con otros y solución de problemas.

*Tabla elaboración propia*

### **3.2.1 Aspectos a considerar para la elaboración de programas de intervención en habilidades sociales dirigidas a niños con SD.**

Morgan, Lyon, Hsiao, Dobbins y Brown (2015) afirman que generalmente las intervenciones en habilidades sociales para niños con algún tipo de discapacidad intelectual se centran en trabajar habilidades sociales globales, que puedan ser adaptadas a una gran variedad de situaciones, tomando como referencia individuos con un alto nivel de competencia social, lo cual dificulta que estas intervenciones logren sus objetivos.

Verdugo y Gutiérrez (2009) afirman que para realizar intervenciones, es importante tener en cuenta el funcionamiento real de los sujetos, esto es, como se desenvuelve cada persona dentro de su contexto cotidiano. En ocasiones los programas de intervención para PcD no logran cumplir con sus objetivos porque carecen de generalización, y que estos se implementan en ambientes no naturales, por ejemplo, en la escuela, pero no se evalúa la práctica de dichas habilidades fuera de ese contexto escolar “controlado”. Es por ello que pueden aparecer problemas en el mantenimiento y generalización de los aprendizajes en situaciones diferentes al contexto o situación en que se han realizado los aprendizajes.

Para lograr incrementar considerablemente la generalización y el uso apropiado de estas habilidades, es necesario que la intervención sea cultural y contextualmente relevante, es decir que debe considerar el entorno en el que persona se desenvuelve regularmente, ya que como menciona Caballo (2007) la competencia y las habilidades sociales dependen parcialmente del contexto y deben considerarse en relación a su eficacia una determinada situación, es decir, es un juicio de carácter cualitativo: que tan “bien vista” cierta conducta en determinada situación.

Carter y Kemp (2010) afirman que el adecuado desarrollo de las habilidades sociales debe ser considerado como uno de los principales objetivos de la inclusión. Pero para lograrlo es necesario identificar correctamente los déficits que presentan los alumnos en esta área y así poder realizar intervenciones adecuadas.

Por todo lo mencionado anteriormente se considera que los programas de intervención que tengan entre sus objetivos mejorar las condiciones de inclusión de personas con Síndrome de Down, debe tener en cuenta aspectos como el desarrollo intelectual, personal, social y académico, así como la adquisición aquellas habilidades que posibiliten su mejor desenvolvimiento en la sociedad en la que viven (Fundación Española de Síndrome de Down, 2012), por esta razón el presente trabajo se enfoca en la intervención de habilidades sociales.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en lo revisado anteriormente, se demuestra la necesidad de realizar un manual de intervención en habilidades sociales estudiantes de primaria con SD dada su importancia para favorecer la inclusión social y escolar, y con ello mejorar su calidad de vida. De acuerdo a Izuzquiza y Ruiz:

*“Las personas con discapacidad necesitan cultivar, aprender y practicar las habilidades sociales más que nadie, ya que con demasiada frecuencia suscitan el rechazo, que es exactamente lo opuesto a la relación, la aceptación y la convivencia. Puede que el rechazo vaya falsamente tapado por la conmiseración o por una peyorativa compasión; pero, a la hora de la verdad, la persona con discapacidad se ve obligada a demostrar permanentemente que tiene capacidad para convivir...”* (Izuzquiza & Ruiz, 2007; pp. 15)

En este sentido, se expuso la carencia de instrumentos y procedimientos de intervención que tomen en cuenta de manera real y objetiva las características específicas de esta población (niños mexicanos con SD), así como los factores contextuales y culturales, adecuando a ello sus objetivos y actividades; ya que como aseguran Greshman, Sugai y Horner (2001) las intervenciones existentes no tienen resultados relevantes ni producen cambios a largo plazo por esta falta de adecuaciones.

Por otro lado, queda claro que uno de los obstáculos más grandes a los que se enfrentan las PcD son los prejuicios de la sociedad, los cuales limitan sus posibilidades y en ocasiones, transgreden sus derechos, por ello es necesario dotar a la PcD de las herramientas y habilidades necesarias para desenvolverse adecuadamente en una sociedad que aún no está lista para eliminar las barreras que limitan su participación.

La investigación planteada busca generar propuestas y estrategias dirigidas a docentes u otros profesionales para la mejora de las habilidades sociales de niños con SD mediante un manual de intervención que responda a los requerimientos esta población. De forma indirecta, el estudio ayudará a mejorar las condiciones de inclusión social, educativa y laboral de las personas con SD.

Objetivos.

a) General:

Elaborar un manual de intervención en habilidades sociales para estudiantes de primaria con SD

b) Particulares:

Identificar las dificultades específicas que presentan los niños con SD en las habilidades sociales, así como también las fortalezas que permitan mejorar la intervención.

Identificar los factores familiares y contextuales que pudieran estar intervenido en la adquisición de habilidades sociales en los niños con SD.

Generar un manual de intervención con base en los hallazgos del estudio.

## MÉTODO.

### *Participantes.*

La muestra fue de tipo no probabilística e intencional, ya que la elección de los participantes dependió de las características de la presente investigación.

- Criterios de inclusión

Edad entre 6 a 12 años

Síndrome de Down

Estudiantes de primaria

Participantes de las actividades de la A.C. antes mencionada

- Criterios de exclusión

Multidiscapacidad

La muestra total fue de 8 participantes, de los cuales fueron 2 niñas y 6 niños.

### *Descripción del contexto.*

La investigación se llevó a cabo dentro de la Asociación Civil Unidos Somos Iguales, la cual busca generar un cambio social de inclusión y respeto hacia la discapacidad.

El modelo de Unidos fue creado por Estela Villareal Junco, inspirado por su vivencia personal e implementada en 1987 en Monterrey, Nuevo León. Después de unos años el modelo se empezó a extender a otros estados de la república y países de Sudamérica. En 2003 el modelo es replicado en el estado de Morelos por Liliana Pérez Cano.

Unidos es una empresa social que une a personas con discapacidad y jóvenes voluntarios mediante actividades recreativas buscando que ambas se enriquezcan y aprendan de esta convivencia. Al mismo tiempo, busca sensibilizar a la comunidad logrando cambiar su forma de pensar hacia la discapacidad.

Los objetivos de que tiene con las personas con discapacidad son: Proporcionar un contexto que promueva su aceptación, inclusión social y superación, favorecer su independencia, elevar su autoestima y mejorar su calidad de vida. (Aguilar, comunicación personal, 24 de mayo de 2016)

Las oficinas operativas de Unidos en Cuernavaca, Morelos, se encuentran dentro del parque Ecológico de Chapultepec, que se encuentra en Bajada de Chapultepec No. 27 Col. Chapultepec, Cuernavaca, Morelos. Las actividades se desarrollan en distintos espacios recreativos.

En esta asociación participan PcD a partir de los 3 años. Para realizar las actividades recreativas que organiza la asociación, los participantes están divididos en grupos por

edades. Siendo los grupos rosa (3 a 6 años) y amarillo y naranja (7 a 12 años) los que participarán en la presente investigación.

#### *Instrumentos para la recolección de datos.*

- *Batería de Socialización (BAS-2) (Silva & Martorell, 2001).* La Bas-2 presenta un conjunto de escalas de estimación para evaluar la socialización de los niños en ambiente familiar. Proporciona un perfil de la socialización del niño en cuatro aspectos positivos/facilitadores: liderazgo, jovialidad, sensibilidad social, y respeto-autocontrol; y en tres aspectos negativos: agresividad-terquedad, apatía- retraimiento, y ansiedad- timidez. Contiene, además, una escala de Socialización, que ofrece una visión global del grado de adaptación social del sujeto, según el juicio de sus padres.
- *Entrevista semi-estructurada de corte fenomenológica.* Se realizaron entrevistas dirigidas a los padres, con el fin de tener información sobre como es el desenvolvimiento social de los menores en diferentes contextos. Además de obtener información sobre cómo se corrige o interviene ante la presencia de conductas indeseables.

#### *Procedimiento*

La presente investigación se realizvó en cuatro etapas.

##### 1ª etapa: Preparatoria

Se llevó a cabo una reunión con los directivos de la A.C. con el fin de presentar el proyecto, una vez aprobado y firmados los oficios, se convocó a aproximadamente 20 padres de familia candidatos a una reunión informativa. De los padres convocados únicamente se presentaron 10 y solamente 8 accedieron a formar parte de la investigación

## 2ª etapa: Diagnóstico

Se llevó a cabo la aplicación de entrevistas semi-estructuradas y la BAS-2 a los padres de familia. Cabe mencionar que esta etapa se demoró más tiempo del esperado debido a que para su realización se debió coordinar los tiempos con los tiempos de las actividades de la A.C.

## 3ª etapa: Análisis de los resultados de la evaluación y entrevistas.

Con base en los resultados de las evaluaciones se eligieron los objetivos y habilidades específicas que se incluyen en el manual.

## 4ª etapa: elaboración del manual

Se elaboró el manual de intervención con base en el perfil obtenido a partir de los resultados de la prueba BAS-2 y de las entrevistas.

## 5ª etapa: integración de resultados

Se realizó la integración de datos para la finalización del proyecto.

## *RESULTADOS*

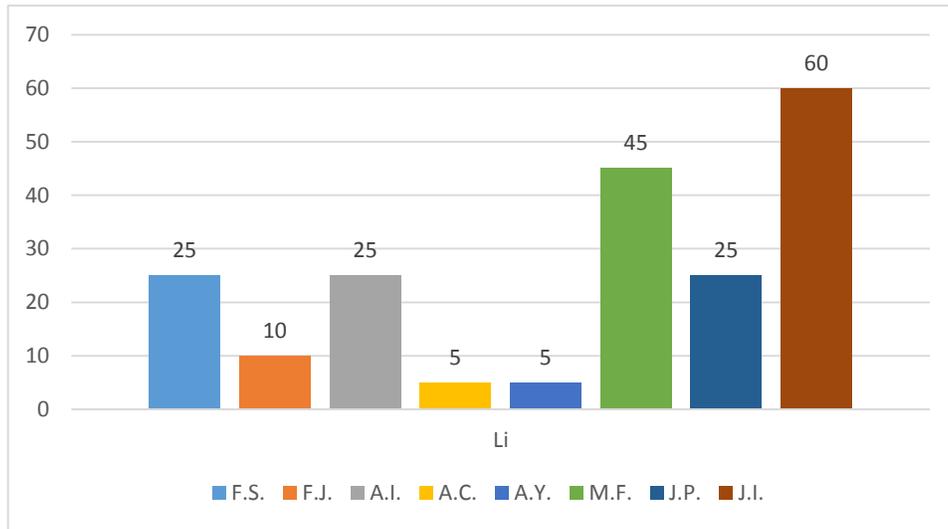
A partir de la mediana de los puntajes obtenidos en la prueba BAS-2, se elaboró un perfil grupal de socialización con el fin de caracterizar a la población evaluada. Así mismo se procedió a hacer el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a padres de familia para después poder hacer la triangulación de ambos resultados.

### *Análisis y perfil de habilidades sociales a partir del BAS-2*

Esta prueba incluye la evaluación de variables clasificadas en facilitadoras de la socialización: Liderazgo (Li), Jovialidad (Jv), Sensibilidad social (Ss), Respeto-autocontrol (Ra) y la escala global: Criterial social (Cs), de las cuales se espera la obtención de puntajes altos; y variables perturbadoras de la socialización: Agresividad-terquedad (At), Apatía-retraimiento (Ar), Ansiedad-timidez (An) se esperan puntajes bajos. En ambos casos, se toman los percentiles de acuerdo al grupo de edad.

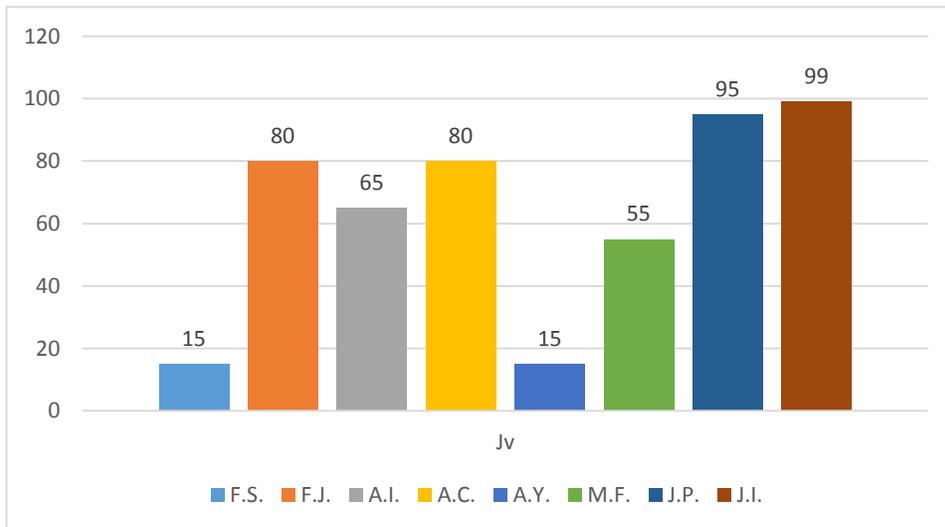
A continuación se presentan los resultados obtenidos por los participantes en cada una de las variables, iniciado con las facilitadoras. Es importante recordar que para estas se esperan puntajes superiores a 50.

Tabla 2 Resultados de la prueba BAS-2 para la escala Li



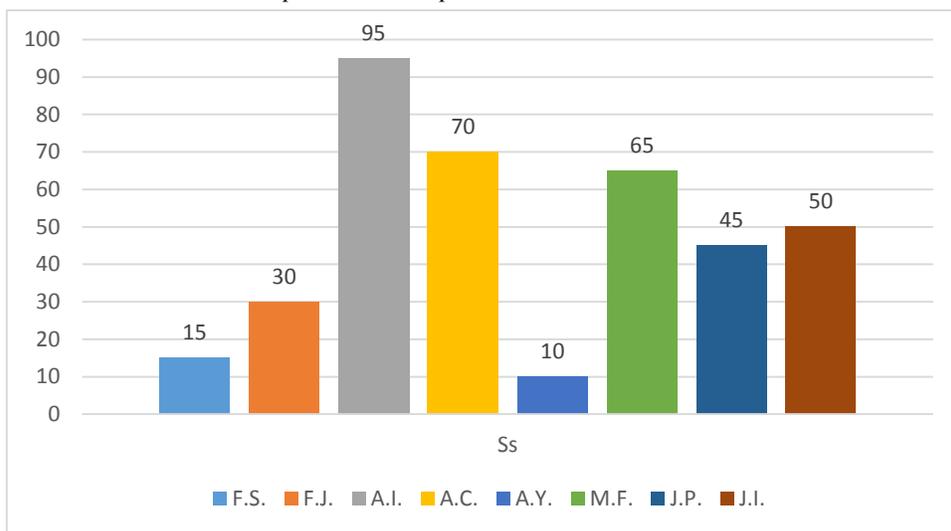
En la tabla 2 se encuentran representados los resultados para la escala de liderazgo (Li). Como podemos observar, solo un sujeto logra ubicarse dentro de los puntajes esperados, obteniendo 60 puntos, mientras que el resto se encuentra entre 5 y 45. A partir de estos resultados se identifica que los sujetos muestran limitaciones significativas para la toma de iniciativa en las relaciones sociales, confianza en sí mismo, popularidad, etc.

Tabla 3 Resultados de la prueba BAS-2 para la escala Jv



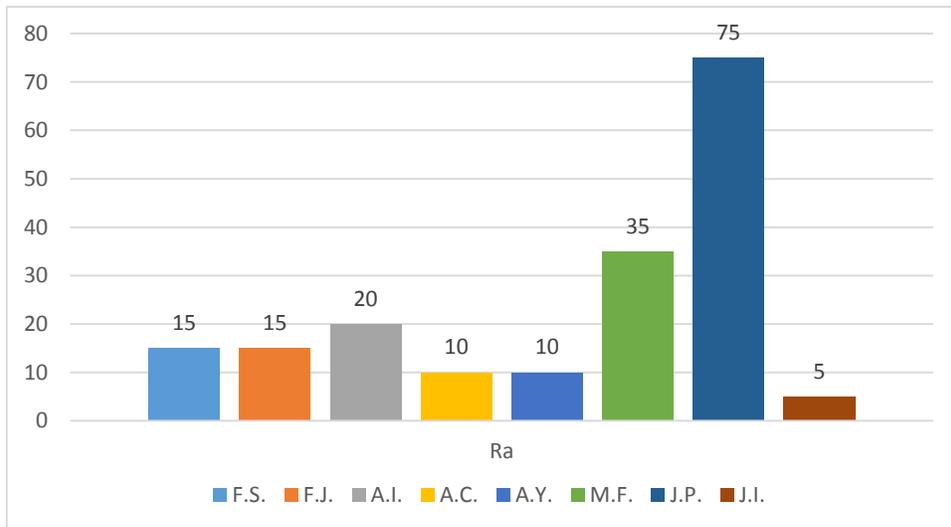
La tabla 3 representa los resultados para la escala de jovialidad (Jv). En esta escala, la mayoría de los participantes alcanzaron estos puntajes y únicamente dos sujetos se encuentran por debajo de lo esperado, obteniendo 15 puntos. Estos resultados nos indican que muestran interés por relacionarse y tratan de ser más sociables, mostrándose como personas alegres.

Tabla 4 *Resultados de la prueba BAS-2 para la escala Ss*



Los resultados de la escala de sensibilidad social (Ss) se representan en la tabla 4. Como podemos observar, 4 de los sujetos se encuentran por debajo de ese rango, obteniendo entre 10 y 45 puntos. El resto logró puntajes entre 50 y 95. Esta escala evalúa aspectos relacionados con la empatía. Con base en esto, encontramos que 50% de los sujetos no logran empatizar de manera adecuada, es decir, tienen dificultades para ponerse en el lugar de otro, preocuparse y actuar ante los problemas de sus pares e identificar sentimientos en sí mismo y en los demás.

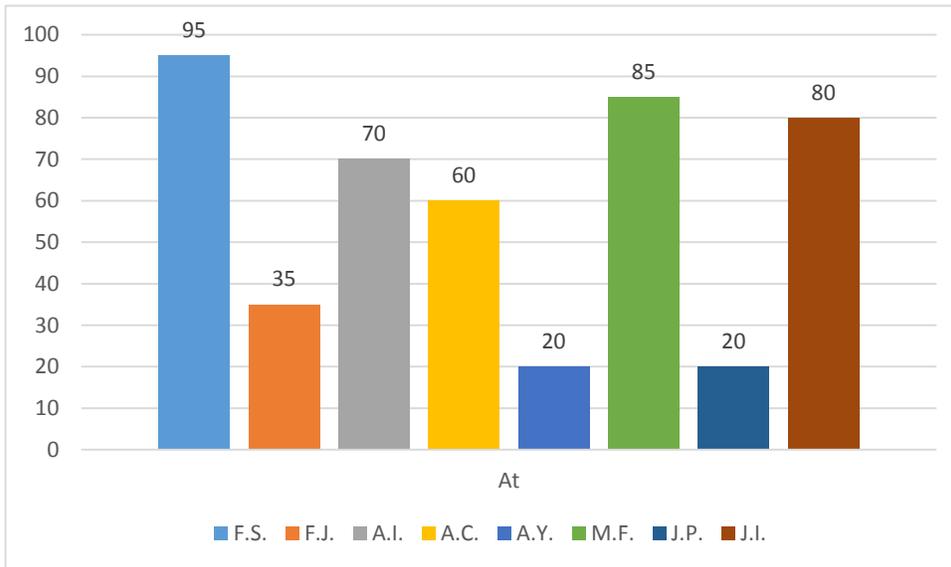
Tabla 5 *Resultados de la prueba BAS-2 para la escala Ra*



La escala de respeto y autocontrol (Ra) representada en la tabla 5. Esta evalúa el acatamiento de reglas y normas de convivencia y respeto mutuo. En este caso, solo uno de los sujetos alcanzo un puntaje adecuado, mientras que el resto se ubica entre 5 y 35 puntos. Esto nos indica que a la población evaluada le cuesta acatar las reglas y normas sociales que facilitan la convivencia, por lo que puede desarrollar conductas agresivas, impositivas, e indisciplinadas.

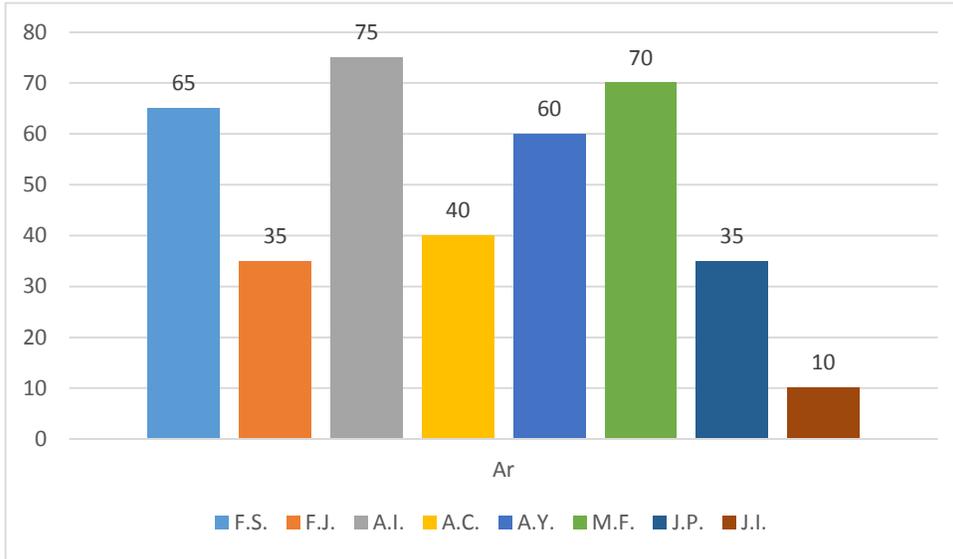
A continuación se presentan los resultados de las variables perturbadoras. Es importante recordar que para estas se esperan puntajes menores a 50.

Tabla 6 Resultados de la prueba BAS-2 para la escala At



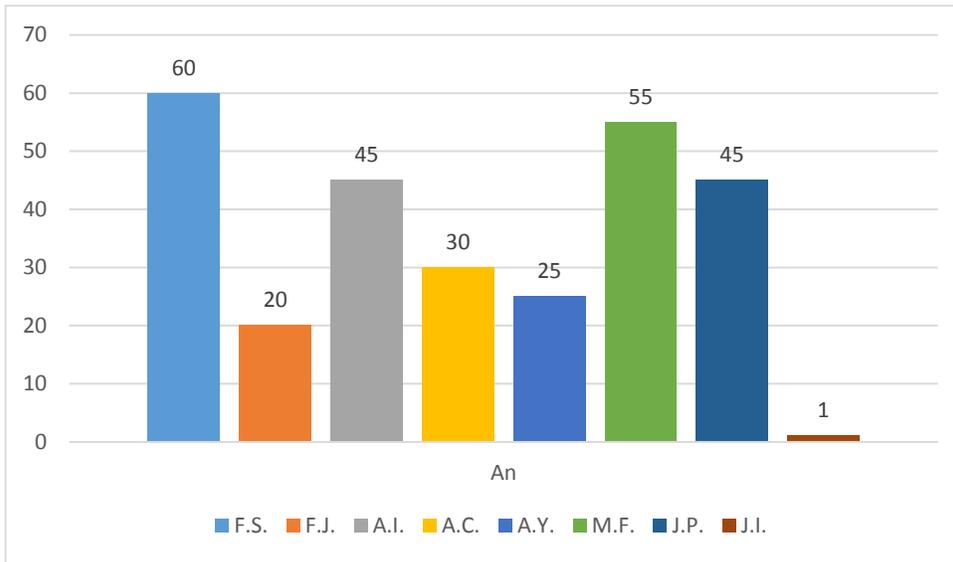
La tabla 6 representa la escala agresividad-terquedad en la cual se evalúan aspectos de la socialización relacionados con conductas impositivas y agresivas. De los 8 sujetos, únicamente 3 obtuvieron puntajes adecuados, ubicándose entre 20 y 35; mientras que los 5 restantes se encuentran entre 60 y 95. Lo cual quiere decir que se caracterizan por presentar conductas agresivas e impositivas, resistencia a las normas e indisciplina, lo cual hace que sean percibidos por los demás como personas antisociales.

Tabla 7 Resultados de la prueba BAS-2 para la escala Ar



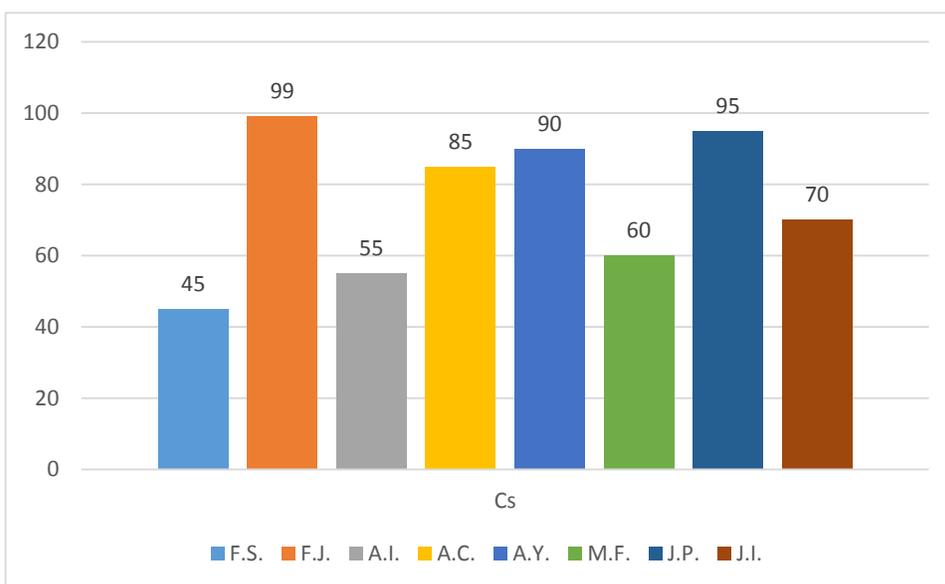
La escala apatía-retraimiento, representada en la tabla 7. Evalúa el comportamiento social relacionado con el retraimiento y falta de interés. De acuerdo a los resultados obtenidos, 4 sujetos obtuvieron puntajes dentro de lo esperado, mientras que el resto se encuentra entre 60 y 75 puntos. Esto nos indica que el 50% de los sujetos suelen hacer poco contacto con los demás, mostrándose como personas con poco interés en las relaciones sociales.

Tabla 8 Resultados de la prueba BAS-2 para la variable An



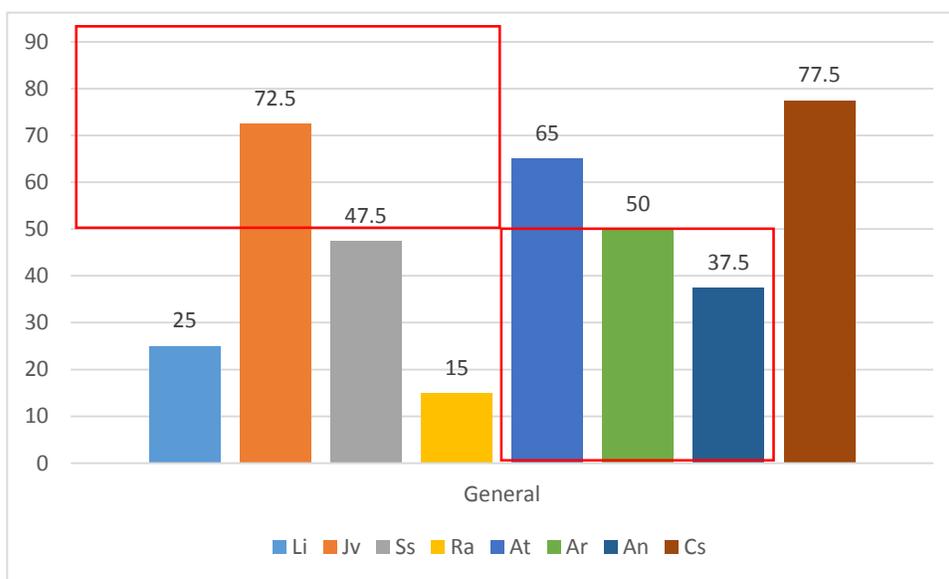
La tabla 8 muestra los resultados de la escala de ansiedad-timidez, en ella podemos observar que 6 de los 8 sujetos obtienen puntajes dentro de lo esperado. Esto nos indica que la mayoría de los participantes no muestran conductas ansiosas, nerviosas ni se presentan como personas introvertidas.

Tabla 9 Resultados de la prueba BAS-2 para la escala global CS



La escala global o Criterial social (Cs) (Tabla 9), representa el grado de adaptación de sujeto de acuerdo a la percepción del adulto que haya respondido la prueba, en este caso los padres. Al igual que en las escalas facilitadoras, se espera la obtención de puntajes por arriba de 50. Como podemos observar, 7 de 8 sujetos alcanzaron estos puntajes, lo cual sugiere que los menores, a pesar de las limitaciones que indican las escalas anteriores, logran adaptarse adecuadamente a las diferentes situaciones y grupos sociales. Sin embargo es importante recalcar que esto es resultado de la mera percepción de los padres.

Tabla 10 Perfil grupal de habilidades sociales



En el perfil grupal (Tabla 10) podemos observar que las variables facilitadoras Li, Ss y Ra, no alcanzan los puntajes esperados, encontrándose en un nivel inferior a lo esperado. Estas variables se relacionan con la capacidad de los sujetos para establecer y mantener relaciones sociales, empatizar con los sentimientos o necesidades de los otros y seguir reglas e instrucciones.

Por otro lado, dentro de las variables perturbadoras de la socialización, At y Ar se encuentran por arriba de los puntajes esperados, es decir, las variables que limitan o

dificultan la socialización se encuentran aumentadas, las cuales se relacionan con conductas agresivas, baja tolerancia a la frustración, impulsividad y falta de iniciativa en las relaciones sociales.

A pesar de lo expuesto anteriormente, encontramos que en la escala global (Cs), los puntajes obtenidos se encuentran por arriba de la media. Esto podemos asociarlo sobre todo con una de las variables facilitadoras: Jovialidad; la cual se encuentra en un nivel óptimo. Esta variable se relaciona con la percepción los demás tienen de los sujetos, identificándolos como personas “agradables” y alegres. Así mismo, la variable An se encuentra en un nivel óptimo, lo cual indica que en general los sujetos no presentan timidez ni conductas que sugieran ansiedad o nerviosismo al interactuar.

Los resultados expuestos evidencian que la población evaluada presenta un marcado retraimiento social; resistencia a las normas, indisciplina y agresividad; dificultades para tomar la iniciativa establecer relaciones sociales, así como para la participación en actividades. Aunado a ello encontramos falta de autocontrol, lo cual se relaciona con la expresión inadecuada de sentimientos y baja tolerancia a la frustración. Por otra parte también podemos identificar falta de empatía o consideración hacia los demás; falta de respeto y responsabilidad en las relaciones sociales. No obstante podemos observar también en la escala global los resultados se encuentran dentro de los parámetros esperados, es decir, su competencia social, a la percepción de los otros, resulta adecuada.

#### *Análisis de entrevistas*

La entrevista aplicada a padres de familia evaluó las áreas de relaciones interpersonales, conducta, comunicación, respuesta ante la disciplina, expresión e identificación de

sentimientos, de este modo las respuestas de los participantes fueron clasificadas para facilitar su análisis.

Podemos observar que los sujetos presentan algunos rasgos que diferencian las relaciones interpersonales que establecen en diferentes contextos; por un lado, logran establecer relaciones familiares adecuadas en la mayoría de los casos, pero existen dificultades para establecer reglas y límites por parte de los padres. Esto se corrobora con frases como: “Con su abuelita y conmigo es muy cariñosa...En casa no sigue las reglas como tal, posiblemente porque soy muy flexible con ella” (FS); “Se lleva bien con todos, pero a nosotros como que no nos hace mucho caso, es difícil, no sigue muy bien las reglas. Como que hace su voluntad” (MF); “Considero que su relación con nosotros es buena, pero no siempre sigue las reglas que le ponemos” (AC).

Por otro lado, encontramos relaciones deficientes con los pares, debido a que suelen ser introvertidos, tímidos y agresivos. Además, por lo general muestran dificultades para iniciar y mantener interacciones, así como para la resolución de conflictos. Lo anterior se observa en expresiones como: “Realmente no convive con niños de su edad, cuando esta con más niños por lo general se queda quieta y observa, porque no participa ni nada, muy fácilmente llega a ser agresiva” (FS) “Si ve niños jugando, se va con ellos, nada más que a veces no lo aceptan porque de repente es agresivo” (AC); “Le gusta jugar con otros niños pero muchas veces se aparta, llega a ser agresivo” (JI).

Por último, a pesar de que las relaciones con figuras de autoridad suelen ser adecuadas y respetuosas, llegan a mostrar rechazo a las normas. Lo precedente se refleja en frases como las siguientes: “En la escuela si respeta y obedece bastante, aunque a veces siente frustración, se enoja y posiblemente hace berrinche” (FS); “La maestra me dice que la

obedece” (AY); “En la escuela y unidos obedece y sigue reglas. Y cuando lo llegan a regañar por algo no repela nada. Normalmente en otros lados siempre se porta bien pero con nosotros si hace berrinche” (FJ).

Hay dificultad para la comprensión y respeto de reglas y límites, principalmente por la dificultad que muestran los padres para establecimiento de la disciplina. La dinámica familiar suele girar en torno al hijo con SD, al cual en la mayoría de los casos se le sobreprotege, como se puede ver con los participantes JP y AI, que mencionan: “Está muy consentido, es centro de atención de la familia” y “El papá lo consiente y sobreprotege”.

En lo referente a las conductas y reacciones ante la disciplina, se observa que suelen hacerlo de manera negativa, presentando conductas inapropiadas, por ejemplo: “Pareciera que ni oye, él como que se le queda viendo nada más” (JP); “Si lo regañan llega a hacer berrinche, como que llora, se tira al suelo y se enfada, balbucea mucho como desesperado” (AY); “Reacciona enojado. Tira las cosas o te alza la mano, se encierra en su cuarto”(JI); “Se molesta, no le parece. Avienta cosas” (AC); “Siente frustración, se enoja y posiblemente hace berrinche, algunas veces avienta cosas, otras veces se le puede ver en sus manos y en su rostro el enojo, llorando” (FS).

En relación a la comunicación, lo hacen mediante lenguaje oral, apoyándose en mayor o menor medida de señas: “Se comunica con el poco lenguaje que tiene o cuando no le entiendo, me lleva y me trata de explicar” (FS); “Con palabritas, a señas, balbuceando o te agarra de la mano y te lleva a lo que quiere” (FJ). Muestran interés y logran integrarse y participar en conversaciones: “A veces si interviene en las conversaciones, a lo mejor no con el mismo tema pero si trata de participar” (AC); “Hace muchos gestos, balbucea mucho, hace señas o te señala, el busca la manera de participar” (FJ); “Si participa, con

alguna palabra que haya escuchado trata de decir algo para integrarse a la conversación.”

(FS); “Si participa. El empieza a hacer con señas, con gestos o así, como él puede” (AI).

Cuando los interlocutores no logran comprender lo que quieren comunicar muestran enojo o frustración, no obstante en su mayoría buscan alternativas para hacerse entender, por ejemplo con imágenes, objetos o personas, como se puede observar en las siguientes afirmaciones: “Ella explica con señas, con gestos, con palabras, pero si no le entienden se enoja” (FS); “Si alguien no entiende algo que él dice, usa el teléfono, le gusta tomar fotos cuando sale o vamos de camino a algún lugar y las usa de referencia, por ejemplo si me quiere dar a entender algo y lo tiene en fotos y me señala, y ahí está la foto de la escuela o la foto de unidos” (AY); “Si no le entienden a la primera, él te dice con señas o te trata de decir a su modo con otras palabras. Y cuando no entiendes dice: “Ash” Y como que se enoja” (AI).

Con respecto a sentimientos y emociones, se puede observar que existe dificultad para la identificación (en sí mismo) y expresión adecuada de emociones y sentimientos negativos (tristeza, enojo, frustración, etc.). Por lo general éstos se manifiestan mediante conductas agresivas. De acuerdo con los informantes, hay mayores dificultades para la expresión de la tristeza. Presentan baja tolerancia a la frustración y esto los conduce fácilmente a la agresividad: “Cuando se enoja no te hace caso y te hace así (señas y ademanes), como si te gritara así con señas. Cuando se frustra deja las cosas, no sigue intentado y tristeza no, no expresa la tristeza.” (JP); “Cuando se enoja avienta cosas, pega, puede pasar y dar un manazo. Cuando se frustra se enoja y lo deja botado. Casi nunca esta triste, siempre está de buenas o enojado” (JI); “Cuando se enoja avienta cosas, se desespera, avienta las cosas o azota. Por ejemplo, si ahorita está aquí conmigo y se enoja, se sale y va

aventando lo que se le atraviesa.” (MF); “Casi nunca la veo triste. Enojo si, con gestos y llega a ser agresiva, llanto, la mayoría de las veces cuando se enoja y la molestan o algo, llora. Muy fácilmente llega a ser agresiva” (FS); “Cuando está muy muy enojado, avienta cosas, lo que tenga en la mano. O hay veces que se enoja y se sienta en un sillón y empieza a tirar los cojines y todo lo que hay en el sillón lo tira. Nunca está triste” (FJ), “Como que gruñe, avienta cosas y pega.” (AC). Los sentimientos positivos como alegría suelen expresarse con mucha mayor facilidad, tanto con lenguaje verbal como corporal.

En la mayoría de los casos, los menores logran identificar emociones y sentimientos en los demás y reaccionar de manera empática ante ellos: “Si logra identificar, cuando estamos tristes nos abraza. Cuando ve a alguien feliz, se ve su actitud de felicidad” (AY); “Si, si sabe que estoy enojada o alguno de sus hermanos, pues se aleja. Si ve a alguno de sus hermanos que están llorando los abraza, o que están jugando pesado, el piensa que se están peleando y él quiere defender a alguno” (FJ); “Yo creo que sí. Por ejemplo, si yo ya regañé a mi hijo, y estoy igual muy explosiva y grito y todo mejor como que se va. Igual si estoy llorando o estoy triste si como que va y como que me consuela.” (MF). “Si alguien está triste y el ésta de buen humor, va y lo abraza, o se le queda viendo nada más. O cuando están llorando los abraza. Cuando alguien está contento como que se le pasa lo contento a él” (AI); “Cuando a mí me ve llorando o así, va y me limpia las lágrimas y me da besos, me abraza y se queda así como muy tranquilo y me hace caricias. Se pone así como si también quisiera llorar él” (JP).

Al comparar las evidencias y resultados obtenidos en las entrevistas, podemos corroborar los resultados obtenidos en la prueba BAS-2, sobre todo aquellos relacionados

con la dificultad para iniciar interacciones, respeto de reglas, identificación y expresión de sentimientos.

Con base en estos hallazgos, se eligieron como objetivos de intervención las habilidades sociales que presentan mayores dificultades, las cuales son las siguientes:

- \* Respetar reglas
- \* Iniciar interacciones con pares
- \* Identificación de sentimientos
- \* Expresión de sentimientos

#### MANUAL DE INTERVENCIÓN *“APRENDIENDO A CONVIVIR”*

Como ya se mencionó anteriormente, una vez obtenidos los resultados tanto de la prueba BAS-2 como del análisis de las entrevistas, se hizo la elección de las habilidades que serían incluidas en el manual, estableciendo de esta manera los objetivos de intervención.

De manera general, este manual se constituye como una guía para la intervención en habilidades sociales, presentando una serie de propuestas y estrategias para la mejora de estas habilidades en niños con SD. Su elaboración es el resultado de un estudio realizado con niños y niñas que participan en la asociación civil Unidos Somos Iguales, ya que esto garantiza que los menores cuenten con las oportunidades de socializar y relacionarse en espacios fuera de los escolares y familiares.

A pesar de que los datos se derivan de una población y contexto muy específico (alumnos de primaria de 6 a 12 años, participantes de la AC Unidos Somos Iguales), las

características y las estructuras del manual son conservables para cualquier tipo de contexto y población que comparta características semejantes o poco dispares, ya que los fundamentos sobre los cuales deben girar las intervenciones para la mejora de estas habilidades y en consecuencia posibilitar la inclusión educativa.

Es por ello que se recomienda la realización de la evaluación para detectar los déficits así como las fortalezas de los destinatarios, lo cual permitirá obtener la información necesaria y relevante para programar y planificar la intervención siguiendo el mismo formato y estructura que se presenta.

El presente manual está basado en formato propuesto por autores como Caballo (2007), Gutiérrez y Prieto (2002) y Verdugo (1997), por lo cual consta de dos sub-apartados:

A) La evaluación: Conformada por una entrevista semi-estructurada, la batería de socialización de Silva y Martorell y un registro de observación.

B) La intervención: Basada en los resultados previos, sigue una línea base de habilidades a trabajar:

- \* Respetar reglas
- \* Identificación de sentimientos
- \* Expresión de sentimientos
- \* Interactuar e integrarse con los compañeros

Cada sesión está pensada para trabajarse en grupos de 2 a 6 participantes, esto con el fin de que la atención sea más personalizada y que a su vez tengan la oportunidad de practicar y retroalimentarse de las relaciones en grupo.

Las sesiones se estructurarán con una duración aproximada de 35 minutos, con la posibilidad de extenderse dependiendo de los destinatarios y de sus periodos de atención.

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, la intervención constará de las siguientes partes:

- Instrucción verbal: Cada habilidad a ser enseñada se debe explicar de manera breve, expresada en frases cortas y con un lenguaje adecuado al nivel de comprensión, descomponiéndola en sus partes constitutivas o pasos
- Modelamiento: Se muestran a los participantes ejemplos de personas realizando de manera correcta los pasos previamente explicados
- Juegos de rol: En este punto ensayan o practican los pasos de cada una de las habilidades que han observado mediante juegos de rol
- Retroalimentación: Reciben retroalimentación tanto de los otros participantes, como del terapeuta a medida que el comportamiento simulado se asemeja cada vez más al del modelo
- Reforzadores: Se otorgan reforzamientos a lo largo de todos los ensayos, sirviendo tanto para adquirir como para aumentar determinadas conductas
- Tareas para casa: Actividades que faciliten la generalización y la transferencia de destrezas recientemente aprendidas en diferentes situaciones y contextos de la vida real

## *CONCLUSIONES*

Como hemos venido revisando a lo largo de este estudio, intervenir y desarrollar adecuadas habilidades sociales en la población con SD, permitirá mejorar las condiciones para inclusión en los diferentes ámbitos (escolar, social, familiar y posteriormente laboral), y asimismo favorecerá su independencia y la mejora de la calidad de vida.

Por ello consideramos que indispensable intervenir en estas habilidades ya que, por un lado, son aprendidas y por lo tanto, susceptibles a ser modificadas; y por otro lado, al hacerlo estamos dotando a la PcD de herramientas que les permitirán tener un desenvolvimiento y participación adecuados ante una sociedad y entorno que suelen presentar múltiples barreras. Con esa finalidad es preciso realizar programas de habilidades sociales como el presente, que sirvan como apoyo para el proceso educativo de los niños y las niñas con SD, teniendo implicaciones en todos los ámbitos de su vida.

El presente estudio nos permitió confirmar que los menores con SD presentan déficits en las habilidades sociales, lo cual incide en el afrontamiento de su entorno tanto familiar, social y escolar.

Como ya se mencionó en apartados anteriores, resulta complicado establecer un perfil que caracterice las habilidades sociales de la población con SD, sin embargo autores como Ruiz (2004), Candel (2005), Calero, Robles y García (2010) señalan que suelen presentar, entre otras características, un retraso en la adquisición de las habilidades comunicativas y socio-afectivas, así como una tendencia a la impulsividad, baja tolerancia a la frustración y dificultades para regular e inhibir su comportamiento.

Los análisis obtenidos de los resultados del presente estudio corroboran lo anterior y sugieren que las dificultades que presentan en las habilidades sociales están relacionadas

principalmente con la dificultad para establecer y mantener interacciones, acatar reglas y normas sociales, baja tolerancia a la frustración, dificultad para identificar y expresar emociones. Por otro lado, también nos permitió identificar que dentro de las fortalezas que presentan, encontramos que muestran interés por relacionarse y buscan alternativas para hacerlo, aunque no siempre hagan uso de las mejores. Por ello es indispensable darles las herramientas para que logren establecer relaciones satisfactorias con sus pares.

### *DISCUSIÓN*

Cuando se habla de personas con SD suele estar presente el estereotipo de niños eternos y “muy sociables”. Además, presentan características físicas que podrían estar afectando en el desarrollo de la competencia social debido a la visibilidad de su discapacidad y el trato diferencial en sus relaciones sociales. Un ejemplo claro de esto lo podemos encontrar en el hecho de que los resultados obtenidos por los sujetos en la prueba BAS-2 indican que no alcanzan los resultados esperados, y pese a ello, su puntuación en la escala global resulta adecuada. Es decir, su comportamiento y competencia social suele ser percibidos por los otros como aceptables.

Otro aspecto importante a considerar es lo relacionado con el seguimiento de reglas, que sería importante determinar si realmente se trata de un aspecto relacionado directamente con las características conductuales propias de las personas con SD o más bien se trata de un problema por parte de los padres para el establecimiento de normas y límites, ya que de acuerdo a las declaraciones de los padres, los menores suelen seguir reglas en otros espacios mientras que en casa no lo hace.

Por último, tenemos que los resultados arrojan que los menores suelen tener dificultades para identificar y expresar sus sentimientos, llegando a presentar conductas “inadecuadas” para expresarlos, como gritar, aventar cosas, etc. Pero si tenemos en cuenta que la mayoría de los sujetos no cuentan con un lenguaje verbal funcional, es comprensible que hagan uso de alternativas para comunicar sus estados de ánimo. Por ello es importante darles herramientas que les permitan canalizar y expresarse de manera adecuada.

La investigación que presentamos se realizó con una muestra de 6 niños y 2 niñas con SD, estudiantes de primaria y participantes de la asociación civil Unidos Somos Iguales, por lo que el perfil de habilidades sociales obtenido no necesariamente se debe generalizar a toda la población con SD. Pese a ello, la estructura propuesta en el manual de intervención es aplicable, ajustable y modificable, ya que los objetivos de intervención y sesiones se estructuran con base en la evaluación previa.

Es por ello que también se deja abierta la posibilidad para la realización de futuras investigaciones que comparen los efectos de las intervenciones y como esto se relaciona con la participación en actividades de inclusión como las que lleva acabo la AC Unidos Somos Iguales, de modo que se pueda identificar el impacto de cada una de estas variables.

## REFERENCIAS

Aguilar, G. (2014). Del exterminio a la educación inclusiva: una visión desde la discapacidad. Lecture, V Congreso Educativo Internacional: De la educación tradicional a la educación inclusiva.

Basile, H. (2008). Retraso mental y genética SD. *Revista Argentina De Clínica Neuropsiquiátrica*, 15(1), 9-23.

Berástegui, A. & Gómez, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, 15(3).

Blanco, R. (1999). Hacia una escuela para todos y con todos. *Boletín del Proyecto Principal de Educación para América Latina y el Caribe*, 48, 57-72.

Boluarte, A., Méndez, J., Martell, R. (2006). Programa de entrenamiento en habilidades sociales para jóvenes con retraso mental leve y moderado. *Mosaico científico*, 3(1), 34-42

Booth, T. & Ainscow, M. (2015). *Guía para la educación inclusiva* (3rd ed.). Madrid: FUHEM.

Caballo, C. & Verdugo, M. (2005). *Habilidades sociales: Programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad* (1st ed.). Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7th ed.). Madrid: Siglo XXI.

Calero, M., Robles, M., & García, M. (2010). Habilidades cognitivas, conducta y potencial de aprendizaje en preescolares con síndrome Down. *Electronic Journal Of Research In Educational Psychology*, 8(1), 87-110.

Candel, I (2005). Elaboración de un Programa de Atención Temprana. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 3 (7), 151-192

Carrillo, M. (2012). Inteligencia, conducta adaptativa y calidad de vida. Interacciones explicativas de la discapacidad intelectual y la intervención optimizadora (Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona.

Castillo, M., Rancaño, C., & Farías, V. (2005). Evaluación del programa de habilidades sociales en una población con discapacidad intelectual institucionalizada. *Psiquiatría*, 9(4).

Chang, Y., Laugeson, E., Gantman, A., Ellingsen, R., Frankel, F., & Dillon, A. (2013). Predicting treatment success in social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA Program for the Education and Enrichment of Relational Skills. *Autism*, 18(4), 467-470.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas

De Miguel, P. (2014). Enseñanza de habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 1(1), 17-26.

Dressler, A., Perelli, V., Feucht, M., & Bargagna, S. (2010). Adaptive behaviour in Down syndrome: a cross-sectional study from childhood to adulthood. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122, 673-680.

Down, J. (1867). Observations on an Ethnic Classification of Idiots. *The British Journal Of Psychiatry*, 13(61), 121-123. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.13.61.121>

Fundación española de SD. (2012). *Familias y SD*. Madrid.

Garduño-Zarazúa, L., Giammatteo, L., Kofman-Epstein, S., & Cervantes, A. (2013). Prevalencia de mosaicismo para la trisomía 21 y análisis de las variantes citogenéticas en pacientes con diagnóstico de SD. Revisión de 24 años (1986-2010) del Servicio de Genética del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México*, 70(1), 31-36.

*Glosario de términos relacionados con discapacidad*. (2016). CONAPRED. Recuperado el 16 Mazo 2016, de [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Glosario\\_PCD.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_PCD.pdf)

González, C., Ampudia, A., & Guevara, Y. (2012). Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados. *Acta Colombiana De Psicología*, 15(2), 43-52.

Gras, M. (2002). Competencia social y habilidades sociales en la Educación Especial. *Revista Electrónica Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 5(5), 1-5.

Gresham, F. (1986). Conceptual and Definitional issues in the Assessment of Children's Social Skills: Implications for Classifications and Training. *Journal Of Clinical Child Psychology*, 15(1), 3-15. [http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp1501\\_1](http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp1501_1)

Greshman, F., Sugai, G., & Horner, R. (2001). Interpreting Outcomes of Social Skills Training for Students with High-Incidence Disabilities. *The Council For Exceptional Children*, 67(3), 331-344.

Gutiérrez, B. & Prieto, M. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental* (1st ed.). Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Gerencia de Servicios Sociales.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal* (p. 13). Aguascalientes: INEGI.

Izuzquiza, D. & Ruiz, R. (2007). *Tú y yo aprendemos a relacionarnos* (1st ed.). Madrid: Federación Española de Instituciones para el SD.

Kamps, D., Leonard, B., Vernon, S., Dugan, E., Delquadri, J., & Gershon, B. et al. (1992). Teaching social skills to students with autism to increase peer interactions in an integrated first-grade classroom. *J Appl Behav Anal*, 25(2), 281-288.  
<http://dx.doi.org/10.1901/jaba.1992.25-281>

Katz, G. & Lazcano, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública Méx*, 50(2), 132-141.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342008000800005>

Kemp, C. & Carter, M. (2002). The Social Skills and Social Status of Mainstreamed Students with Intellectual Disabilities. *Educational Psychology*, 22(4), 391-411.

Lacunza, A. & Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos En Humanidades*, 12(23), 159-182.

Lacunza, A. (2010). Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Psicodebate*, 10(0), 231-248.  
<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v10i0.398>

Langdon Down, J. (1866). Observations on an ethnic classification of idiots. *London Hospital Reports*, 3, 259-262. <http://dx.doi.org/10.1038/hdy.1966.69>

López, P., López, R., Parés, G., Borges, A., & Valdespino, L. (2000). Reseña histórica del SD. *Revista ADM*, 57(5), 193-199.

*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2014). Madrid.

Márquez, M., Zanabria, M., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L., & Galván, C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5), 433-449.

McGinnis, E., & Goldstein, A. (1990). *Programa de habilidades para la infancia temprana. La enseñanza de habilidades prosociales a los niños de preescolar y jardín infantil*.

Monjas, M., González, B., & Benito, M. (1998). *Las Habilidades sociales en el currículo*. [Madrid]: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Subdirección General de Información y Publicaciones.

Morán, V. E. y Olaz, F. O. (2014). Instrumentos de evaluación de habilidades sociales en América Latina: un análisis bibliométrico. *Revista de Psicología*, 23(1), 93-105.

Morgan, J., Hsiao, Y., Dobbins, N., Brown, N., & Lyons, C. (2015). An Observation Tool for Monitoring Social Skill Implementation in Contextually Relevant Environments. *Intervention In School And Clinic*, 51(1), 3-11.

Murillo, G. (2004). el SD y el bacilo de Hansen. *Revista Médica Del IMSS*, 42(4), 343-344.

Navas, P., Verdugo, M., & Gómez, L. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152.

Oden, S. & Asher, S. (1977). Coaching Children in Social Skills for Friendship Making. *Child Development*, 48(2), 495.

OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado 20 Febrero 2016, de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad*. Madrid: Cinca.

Parra-Dussan, C. (2010). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques. *International Law: Revista Colombiana De Derecho Internacional.*, 16, 347-380.

*Población con limitación en la actividad y su distribución porcentual según causa para cada tamaño de localidad y tipo de limitación*. (2013) (1st ed.). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27303&s=est>

Programa Nacional de Desarrollo, (2001). *Programa de Acción Para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades: PreveR-Dis* (p. 11). México, D.F.

*Programa Nacional de Trabajo y Empleo para las Personas con Discapacidad 2014-2018*. (2014). *Diario Oficial De la Federación*. Retrieved 5 May 2016, from [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5342489&fecha=28/04/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342489&fecha=28/04/2014)

Reyna, C., Ison, M., & Brussino, S. (2011). Comportamiento social y procesamiento de la información social en niños argentinos. *International Journal Of Psychology And Psychological Therapy*, 11(1), 57-78.

Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 149-180). Archidona (Málaga): Aljibe.

Ruiz, E. (2004). Programa de educación emocional para niños y jóvenes con SD. *Revista SD 21*, 82, 84-93.

Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Siglo Cero: Revista Española De Discapacidad Intelectual*, 40(229), 22-39.

Schlock, R., Luckasson, R., & Shogren, K. (2007). El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 5-20.

Secretaria de Educación Pública, (2016). *El modelo educativo 2016, el planteamiento pedagógico de la reforma educativa*. Ciudad de México.

Secretaria de Salud. (2007). *Atención Integral de la persona con SD*. México, DF.

SEP. (2015). *Principales cifras del sistema educativo nacional* (p. 25). México, DF.

Taylor, S., Bogdan, R., & Piatigorsky, J. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Troncoso, M. & Cerro, M. (1998). *Síndrome de Down*. Barcelona: Masón.

Verdugo Alonso, M. & Gutiérrez Bermejo, B. (2009). *Discapacidad intelectual*. Madrid: Ed. Pirámide.

Verdugo, M. & Gutiérrez, B. (2009). *Discapacidad intelectual*. Madrid: Ed. Pirámide.

Verdugo, M. (1994). El cambio del paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero: Revista Española De Discapacidad Intelectual*, 25(5), 5-24.

Verdugo, M. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana de retraso mental de 2002. *Siglo Cero: Revista Española De Discapacidad Intelectual*, 34(1), 5-19.

Verdugo, M. (2008). El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *Siglo Cero: Revista Española De Discapacidad Intelectual*, 39(227), 5-17.

Verdugo, M., Navas, P., Arias, B., & Gómez, L. (2010). La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual.*, 41(235), 28-48.

# **ANEXOS**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Facultad de  
Comunicación Humana



## HABILIDADES SOCIALES

### Entrevista para padres

Como parte de la investigación "Programa de intervención en habilidades sociales para niños con Síndrome de Down de 6 a 12 años" se realiza el presente cuestionario. La información obtenida en este cuestionario, así como en todos los procesos relacionados con la presente investigación, será mantenida con estricta confidencialidad.

Nombre del niño:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Escolaridad:
Informante:		Fecha de aplicación:	
Número o medio de contacto:			

DATOS FAMILIARES	
Madre:	Padre: Salomón Flores Pardo
Ultimo grado de estudios concluido: Bachillerato	Ultimo grado de estudios concluido: Secundaria
Trabaja: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿En qué?	Trabaja: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿En qué?
Situación familiar:	
Indique la situación familiar actual, especificando en aquellas que pudieran influir directamente en el menor, como por ejemplo: Padres separados, padre o madre fallecida, etc.:	El menor vive con (puede señalar más de una opción): <input type="checkbox"/> Madre: <input type="checkbox"/> Padre: <input type="checkbox"/> Hermanos: Hermanas de 19 y 21 años. <input type="checkbox"/> Abuelos: <input type="checkbox"/> Otros:
	¿Con quién convive comúnmente o pasa la mayor parte del tiempo?

Las habilidades sociales son conductas que nos permiten convivir mejor con los demás, y ayudan a que los demás nos acepten e incluyan en diversos grupos. A continuación le haré algunas preguntas relacionadas con ciertas habilidades sociales de su hijo/a. Es necesario que responda con total honestidad, en caso de no estar seguro de alguna respuesta, infórmelo también. Si alguna pregunta le resulta confusa, puede solicitar que se le aclare o reformule.

#### RELACIONES

1. ¿Cómo son las relaciones con su familia (hermanos, padres, abuelos, etc.)?
2. ¿Cómo son las relaciones con las figuras de autoridad (Maestros, orientadores, etc.)?
3. ¿Cómo son las relaciones con sus compañeros/amigos? (agresión, cordialidad, empatía, etc.)

#### CONDUCTA Y CORTESIA

1. ¿Cómo reacciona cuando tiene un problema con otros/as niños/as?
2. ¿Muestra conductas de cortesía? ¿Cuáles?
3. ¿Pone atención a la persona que le está hablando?
4. ¿Se interesa en comprender lo que le están diciendo o pidiendo?

5. ¿Qué hace cuando no comprende una instrucción?

6. ¿Presenta alguna conducta que considere inapropiada socialmente?

#### REGLAS Y LIMITES

1. ¿Cómo reacciona ante las reglas?

2. ¿Cómo reacciona cuando un adulto le llama la atención o lo castigan?

#### COMUNICACIÓN

1. ¿Cómo se comunica?

2. ¿Cómo es su participación en conversaciones?

3. ¿Qué hace cuando las personas no logran entender lo que quiere comunicar?

4. ¿Logra comunicar situaciones que le incomoden o que perciba como peligrosas?

#### EXPRESION DE SENTIMIENTOS, ESTADOS DE ÁNIMO Y NECESIDADES

1. ¿Cuándo necesita ayuda, como la solicita?

2. ¿Cómo expresa enojo, frustración, tristeza?
  
3. ¿Cómo expresa alegría?
  
4. ¿Qué tan comunes y en que situaciones se presentan los berrinches?
  
5. ¿Logra identificar los estados de ánimo de los demás (como enojo, tristeza o alegría)?

OBSERVACIONES