

Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad Trabajo Final Integrador

Autora: Virginia Gazzoli

LA AUTODETERMINACIÓN EN PERSONAS CONDISCAPACIDAD INTELECTUAL CONCURRENTES A UN HOGAR CON CENTRO DE DÍA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

2014

Citar como: Gazzoli, V. (2014). La Autodeterminación en personas condiscapacidad intelectual concurrentes a un Hogar con Centro de Día de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Contenido

Resumen	2
1. Introducción	3
2. Planteamiento del problema	4
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
3. Marco Teórico	6
3.1. Evolución del Concepto de Discapacidad	6
3.2. Discapacidad Intelectual, Calidad de Vida y Autodeterminación	11
3.3. Marco Legal	18
3.4. Definición de modalidad de Hogar y de Centro de Día	21
4. Desarrollo	23
4.1. Guión Metodológico	23
4.2. Contexto Institucional	24
4.3. Análisis de los resultados	24
5. Conclusión	42
Bibliografía	44

Anexo

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad analizar la problemática que plantea la autodeterminación en las personas con discapacidad intelectual que concurren y viven en un Hogar con Centro de Día, ubicado en el barrio de Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta temática posee fundamental importancia en la actualidad, debido a que la nueva mirada sobre las personas con discapacidad hace hincapié en su protagonismo como sujeto de derechos, que puede elegir y decidir respecto de su propia vida, apuntando cada vez más a la posibilidad de sostener una vida independiente, con capacidad en la toma de decisiones relativas a su estilo y calidad de vida.

Asimismo, este cambio en el campo de la discapacidad, propone la necesidad de generar prácticas innovadoras en la prestación de servicios para las personas con discapacidad intelectual.

Por consiguiente, se plantea realizar un análisis de las características de la conducta autodeterminada de la población anteriormente mencionada y establecer la relación que existe entre el estudio realizado y las propuestas de actividades que se desarrollan en la institución seleccionada.

Como instrumento de exploración, se utiliza una Encuesta de Autodeterminación, de elaboración propia, adaptada de la diseñada por Michael Wehmeyer (1995) la Escala de Autodeterminación (ARC). Por otra parte se analiza la correspondencia de los resultados con las acciones desarrolladas en la institución de referencia.

Palabras clave: Discapacidad – Discapacidad Intelectual – Calidad de Vida – Autodeterminación – Marco Legal – Hogar – Centro de Día.

1. Introducción

A través del presente estudio se llevará a cabo el análisis de las características de la conducta autodeterminada de adultos con discapacidad intelectual que concurren y viven en un Hogar con Centro de Día, ubicado en el barrio de Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y su relación con las propuestas de actividades que ofrece la institución.

El análisis comprenderá el período entre Enero y Diciembre del año 2013. Dicho estudio se abordará mediante la toma de una encuesta de Autodeterminación, de elaboración propia, diseñada en base a la Escala de Autodeterminación (ARC) de Michael Wehmeyer (1995).

Según va avanzando el tiempo, la concepción que se tiene sobre las personas con discapacidad intelectual ha ido modificando. Entre otras cosas, se ha cambiado la definición (Luckasson y cols., 1997), y se hace cada vez más hincapié en la necesidad de proporcionar a las personas los apoyos que necesiten para que las mismas aumenten el control sobre aspectos que les implican y que les son propios.

Por lo tanto, vemos que la autodeterminación es un concepto central en el trabajo con personas con discapacidad intelectual. Dentro de ella, las habilidades de elección juegan un papel fundamental, permitiendo a las personas comunicar sus preferencias y ejercer control sobre el medio.

En este trabajo, además de revisar la concepción actual de la autodeterminación (definición, características, componentes, malas interpretaciones, barreras...), se analizan las variables que intervienen en la puesta en práctica de características autodeterminadas, para luego analizar la correspondencia de las mismas con las propuesta del servicio.

2. Planteamiento del problema

En el momento actual, se puede afirmar que el concepto de calidad de vida es un valor socialmente compartido, de carácter final y no instrumental, que está mostrando una gran efectividad en orientar las prestaciones de servicios a las personas con discapacidad.

En este sentido, el concepto de autodeterminación, como componente de una de sus dimensiones, es lo que obliga a desarrollar y buscar técnicas y metodologías de trabajo que permitan ponerlo en práctica.

El nuevo modelo de la discapacidad, el modelo social, sumado a las demandas de los movimientos sociales de las personas con discapacidad, han ayudado a redefinir la discapacidad como relacional, situacional y dinámica e implica el ejercicio de acciones volitivas que capacitan a la persona para actuar como agente causal de su propia vida y para mantener o mejorar su calidad de vida.

Para poder comprender cómo se ayuda a desarrollar la autodeterminación en este colectivo de personas, surge como propósito de este trabajo la necesidad de abordar la problemática desde un espacio de exploración de las características de las conductas autodeterminadas que presentan las personas y valorar la correspondencia en relación a la promoción y el ejercicio de las mismas en un Hogar con Centro de Día, situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2013.

Objetivo general

- Analizar la Conducta Autodeterminada de Personas con Discapacidad Intelectual que concurren y viven en un Hogar con Centro de Día, ubicado en el barrio de Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- Identificar las características de la Conducta Autodeterminada de Personas con Discapacidad Intelectual que concurren y viven en un Hogar con Centro de Día, ubicado en el barrio de Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período Enero-Diciembre 2013.
- Relacionar las características de la Conducta Autodeterminada de las Personas con Discapacidad Intelectual con las propuestas de actividades del Hogar con Centro de Día de referencia.

3. Marco Teórico

El sujeto de estudio del presente trabajo es el colectivo conformado por las personas con discapacidad intelectual, por lo cual es menester como primer medida definir persona con discapacidad, específicamente intelectual y desde qué modelo será abordada.

Dado que en el trabajo se presentan elementos conceptuales que definen el perfil del mismo, se enuncian posteriormente conceptualizaciones que facilitan el entendimiento de por qué en la actualidad cobra relevancia la investigación sobre la autodeterminación.

Es indispensable además considerar qué aspectos se tienen en cuenta en referencia a la autodeterminación, y por último describir el contexto de aplicación.

3.1. Evolución del Concepto de Discapacidad

La discapacidad es una realidad humana que ha sido pensada de distintas formas a lo largo del tiempo, atravesando distintos paradigmas a tener en cuenta; realidad que puede interceder en la vida de cualquier persona.

A lo largo de los años, se produjo un cambio en la visión sobre las personas con discapacidad. Se pasó de focalizar en *“lo enfermo”* y la *“imposibilidad de los discapacitados”*, a darle relevancia a las conductas funcionales y las necesidades de apoyo de las *“personas con discapacidad”*.

Los aportes realizados por distintos organismos también evidencian dicho cambio. En la década del 90, el Instituto de Medicina sugiere que la simple limitación de una persona no “discapacita”, sino que la discapacidad emerge como consecuencia de la interacción de la persona con un contexto obstaculizador, el cual no administra los apoyos necesarios para poder reducir las restricciones funcionales. Se hace hincapié en el apoyo que una persona con discapacidad pueda necesitar para favorecer su funcionalidad.

En la misma década, la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) adopta una nueva clasificación de Retraso Mental y un nuevo sistema de clasificación, basado en la concepción cambiante. Es un modelo funcional que se centra en las capacidades, los contextos y el funcionamiento. Este modelo también le brinda gran importancia a los apoyos, ya que señala que la falta de los mismos obstaculiza el funcionamiento de la persona con discapacidad.

Este sistema caracteriza al retraso Mental como las “... limitaciones considerables en el funcionamiento del día a día. Está caracterizado por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, junto con limitaciones relacionadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, participación en la comunidad, autonomía para tomar decisiones, salud y seguridad, estudios, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años”¹.

Siguiendo el mismo lineamiento, en el año 1997 la OMS define la discapacidad como la consecuencia de la interacción entre lo disfuncional de la persona y las variables ambientales que incluyen el contexto físico, las situaciones sociales y los recursos.

¹ Schalock, Robert L. “Hacia una nueva concepción de la discapacidad”. III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Universidad de Salamanca, España. Marzo 1999.

Autores contemporáneos como Agustina Palacios (2008) redefine el concepto y describe tres modelos a través de los cuales se ha abordado la discapacidad a lo largo del tiempo.

El **Modelo Tradicional o de Prescindencia**, define a la discapacidad desde una mirada mística. Considera a la persona con discapacidad como producto de un castigo divino. Sus padres han sido castigados trayendo al mundo a una persona con discapacidad, como consecuencia de haber obrado mal en sus vidas. Por lo mismo, dichas personas conllevan una connotación completamente negativa, siendo considerados seres endemoniados.

Desde esta perspectiva, la persona con discapacidad es pensada como alguien/algo que carece de aportes a las necesidades de la sociedad; un ser improductivo, que no posee derechos, debido a su condición de maligno. Un ser imposible de ser pensado como humano.

Dentro de este modelo, la autora destaca dos submodelos: el Eugenésico y el de Marginación.

El primero, ubicado en la época de la Sociedad Antigua, propone como mandato social que cualquier persona que naciera con discapacidad debía ser eliminada. Considera a las personas con discapacidad como indignas, debido a su condición. En el caso de las personas con una discapacidad adquirida (y sobretodo para el caso de aquella adquirida luego de la guerra) éstas poseían otro destino, como ser el recibir algún beneficio, ya sean pensiones, como comida, dinero y hasta territorios. Estos beneficios eran brindados desde un lugar relacionado con la "lastima", y no desde pensar a las personas como sujetos de derechos.

En el submodelo de Marginación, las personas con discapacidad eran excluidas de la sociedad, ya sea por la compasión que se les tenía, o por el

miedo que les generaba al resto de la comunidad. Eran consideradas objetos de compasión, de burla y de maleficio. En este submodelo, ya no se comete infanticidio con aquellos nacidos con discapacidad, aunque se observa un alto número de mortalidad infantil relacionada con el desinterés por parte de sus familias, o por invocar la fe como medio de salvación. En cuanto a las personas mayores, su destino era la mendicidad, ser objetos de burla y diversión del resto de la sociedad. Este submodelo marcó su presencia durante la Edad Media.

A comienzos del siglo XX surge el **Modelo Médico o Rehabilitador**, cuya característica principal está relacionada con la posibilidad de cura de la persona con discapacidad, haciendo énfasis en las causas científicas biológicas de la discapacidad. Es decir, que no se tiene en cuenta el entorno, sino las características de la “*enfermedad*”.

Ya no se trata de una mirada mística, sino médica. Desde este punto de vista, las personas con discapacidad deben lograr la rehabilitación. Es una mirada posicionada desde la falta, las falencias que impiden realizar determinadas acciones, y no desde las capacidades de las personas.

Una vez lograda tal deseada rehabilitación, dichas personas serían consideradas de utilidad a la sociedad, siendo aceptadas por la misma.

Según Agustina Palacios (2008) “*desde el modelo rehabilitador se considera la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual*”².

Esta perspectiva ubica al profesional como protagonista, quien posee el derecho de decidir qué hacer con la vida misma de la persona con

² Palacios, A. “*El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*”. 2008.

discapacidad, ubicándose desde un lugar de “saber”, dejando por fuera a las personas con discapacidad de cualquier planificación de objetivos propios o toma de decisiones con respecto a su propia vida.

El Estado toma cartas en el asunto, manifestando una actitud paternalista para con las personas con discapacidad, creando nuevas instituciones que ofrecen la cura a estas personas. Es así que surge la institucionalización de estas personas, como también se pone el énfasis en la educación especial. Asimismo se apela a la seguridad social y al empleo protegido para estas personas que tienen menos valor desde el punto de vista económico que el resto de la sociedad.

A mediados de la década de los años sesenta surge en Estados Unidos e Inglaterra el **Modelo Social**, a través de un movimiento social de personas con diversidad funcional que lucha por su emancipación y por el empoderamiento. Es un movimiento impulsado por personas desde las organizaciones civiles, las universidades y las asociaciones de veteranos de guerra. Su objetivo principal es sacar a las personas con diversidad funcional de los hospitales e instituciones en donde se hallaban recluidas, para restituirles a una vida de participación en la comunidad. Surge como una respuesta radical a los estereotipos sociales creados a partir de ideas como: una persona con diversidad funcional no puede trabajar, no puede cuidarse a sí misma, no es capaz de estar a cargo de su propia vida.

La misma autora menciona *“Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social”*. Las personas con discapacidad tienen lo mismo para aportar a la sociedad que aquellas personas que no tienen ninguna discapacidad.

Según el modelo social, la causa de la discapacidad no es mística ni científica, sino social. Es decir, que el problema no se centra en la persona con discapacidad, sino en la sociedad que no está preparada para convivir con personas con discapacidad, lo que genera determinados obstáculos para la convivencia.

La autora lo relata de la siguiente manera: *“Dicho modelo lucha por la rehabilitación de la sociedad para tener en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad”*³.

Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad dejan de ser consideradas objetos, para pasar a ser sujetos de deseos, con los derechos y obligaciones que ello implica, con la posibilidad de elegir y decidir con respecto a sus propias vidas. Por lo mismo, el profesional deja de ocupar un lugar central, para pasar a actuar como apoyo de la persona con discapacidad.

Es decir que desde este nuevo paradigma se hace hincapié en la inclusión social, el entorno de la persona con discapacidad y la aceptación de que todos los seres humanos somos diferentes, pero tenemos los mismos derechos.

Cabe destacar que si bien a lo largo de los años la concepción de discapacidad fue evolucionando, se podría inferir que en la actualidad conviven modelos antiguos de la discapacidad con el Modelo Social.

3.2. Discapacidad Intelectual, Calidad de Vida y Autodeterminación

El concepto de **Discapacidad Intelectual** también ha sufrido la presencia de diferentes concepciones a lo largo del tiempo, a partir de las cuales se ha ido modificando.

³ Palacios, A. *“El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”*. 2008.

Habitualmente los términos Discapacidad Intelectual y Retraso Mental se han utilizado de manera indistinta. Desde su fundación en el año 1876, la Asociación Americana sobre Retraso Mental AAMR (actualmente Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo AAIDD) ha liderado el campo de la Discapacidad Intelectual. Es una entidad de mucho prestigio en el mundo de la discapacidad debido a contar con más de un siglo de trabajo en tareas de investigación respecto a dicha temática.

Discapacidad Intelectual es un término que ha sido abordado desde 1921, año en que la AAMR elabora la primera edición de su *"Manual sobre la definición del Retraso Mental"* y fue tomando distinta forma a lo largo de las nuevas ediciones de dicho Manual.

En un comienzo, dicha definición se encontraba relacionada únicamente con el coeficiente intelectual, dato sobre el cuál se basaba toda investigación en relación a la discapacidad intelectual, teniendo en cuenta criterios médicos, centrándose en el déficit de la persona. Se consideraba a una persona como "retrasada mental" si poseía un CI menor o igual a 70.

En 1959, año en que se publica la quinta edición, se añade un notable avance con respecto al concepto. Si bien se eleva el límite de coeficiente intelectual (CI 85), se introduce en la definición el término Conducta Adaptativa. Es decir que comienzan a tenerse en cuenta las habilidades de autonomía personal, la capacidad de la persona de adaptarse a las condiciones que le impone el medio en que se desenvuelve, las destrezas sociales y las habilidades necesarias para una vida independiente, lo que le brinda a dicha definición un tinte "ecológico".

La edición del año 1992 produce lo que se llama un cambio de paradigma en relación al concepto de retraso mental, según Verdugo Alonso. Se reemplaza dicho término por el de Discapacidad Intelectual, entendiendo a esta como un estado de funcionamiento, destacando el énfasis dado al ambiente frente al

individuo. Es decir que se pasa *“de una visión del retraso mental como un rasgo absoluto expresado por un individuo a una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el ambiente”⁴*. Asimismo, esta edición amplía el concepto Conducta Adaptativa dando un paso más, desde una descripción global a una especificación de áreas de habilidades concretas. Por último, plantea cómo deben clasificarse y describirse los sistemas de apoyo requeridos por las personas con discapacidad intelectual.

En el año 2002 surge la décima edición del Manual en la cual se potencia los aspectos positivos y se corrigen los aspectos negativos de la edición de 1992. *“El Retraso Mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años”* (Luckasson y cols., 2002).

Considera cinco premisas como fundamentales para la aplicación de esta definición. Estas son: 1) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura; 2) Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales; 3) En una persona las limitaciones habitualmente coexisten con capacidades; 4) Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollar un perfil de necesidades de apoyo y 5) Si se ofrecen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de las personas con discapacidad intelectual generalmente mejorará.

De esta forma, lo que plantea la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) es un modelo multidimensional y

⁴ Verdugo Alonso, M. A. Traducción *“Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo”*. Undécima edición. Madrid, 2011.

ecológico centrado en la persona con discapacidad intelectual, sus deseos e intereses, sus capacidades y su nivel de participación. Introduce factores personales y ambientales y le otorga mayor relevancia a la interacción entre ambos.

Por todo lo expuesto, se puede evidenciar la presencia de una mirada integral de la persona con discapacidad intelectual que contempla su bienestar, su calidad de vida y su contexto social.

Con respecto a la **Calidad de Vida**, los modelos que mayor importancia le han dado al concepto de autodeterminación han sido los modelos comunitarios, y el propuesto por Schalock y Verdugo (2003), el cual fue validado por la revisión de la investigación publicada en el período 1985-1999. Estos modelos multidimensionales consideran que debe tenerse en cuenta la percepción subjetiva del paciente en el diseño de las distintas intervenciones o programas puestos en marcha. Es decir, el concepto de Calidad de Vida incorpora la visión de la persona como un punto de referencia y guía, focalizándose en la relación entre ésta y su ambiente. Es *"primordialmente la percepción del individuo la que refleja la calidad de vida que él experimenta"*⁵.

Debido al cambio de paradigma que se ha dado con respecto a la discapacidad, la atención en salud en la actualidad se centra en los usuarios y familiares, y no tanto en los profesionales. Schalock (1996,1997) ha sugerido una nueva conceptualización de Calidad de Vida como un principio ordenador que pueda ser utilizado para programar y evaluar los servicios y ayudas en el campo de los servicios para personas con discapacidad.

La Calidad de Vida es el resultado de la interacción de la persona con el medio, influenciada por factores personales y ambientales como son las relaciones, la

⁵ Verdugo Alonso, M. A. *"Calidad de Vida y Calidad de vida Familiar"*. II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual. Enfoques y Realidad: Un Desafío. Medellín, Colombia. 23-25 de Septiembre, 2004.

vida familiar, la intimidad, la amistad, el trabajo, la comunidad cercana (el barrio), la vivienda, la ciudad, la salud. Esto, a su vez, es un proceso dinámico que acompaña a la persona a lo largo de su vida.

Según Verdugo Alonso, *“la Calidad de Vida: Está compuesta por los mismos factores y relaciones para todas las personas; se experimenta cuando las necesidades de una persona se satisfacen y cuando uno tiene la oportunidad de buscar un enriquecimiento en las principales áreas de la vida; tiene componentes tanto subjetivos como objetivos; es un constructo multidimensional, influido por factores individuales y contextuales”*⁶.

El Modelo consiste en un enfoque multidimensional, formado por ocho dimensiones:

- Bienestar Emocional: incremento de entornos seguros, estables, previsibles.
- Relaciones Interpersonales: amistad, familia.
- Bienestar Material: empleo, vivienda.
- Desarrollo Personal: competencias personales, creatividad, expresión corporal.
- Bienestar Físico: atención de la salud, movilidad.
- Autodeterminación: elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
- Inclusión Social: roles comunitarios, integración comunitaria, voluntariado.
- Derechos: responsabilidades cívicas.

Como se puede observar, cada una de estas dimensiones está definida por una serie de indicadores, es decir un grupo de percepciones o comportamientos que reflejan la calidad de vida de una persona.

⁶ “Aplicación del Paradigma de Calidad de Vida”. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad SAID. 2010.

Existen tres niveles que afectan a la calidad de vida de las personas, a saber:

- el microsistema o contexto social inmediato en el que la persona se desempeña, como la familia, el hogar, grupo de pares, lugar de trabajo, etc. Afecta directamente a la vida de la misma.
- el mesosistema o barrio, comunidad, agencias de servicios y organizaciones. Afectan directamente el funcionamiento del microsistema.
- el macrosistema o patrones culturales más amplios, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad. Afectan directamente a los valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.

Para la realización del presente trabajo, tomaremos en cuenta únicamente el microsistema.

La **Autodeterminación** constituye una de las dimensiones esenciales de la Calidad de Vida, y está llamada a ocupar un lugar predominante en la investigación, ya que funciona como la dimensión orientadora de las otras siete, y es la que posibilita un mejor desempeño en las otras dimensiones. Este concepto ha sido abordado por diversos autores durante diez años aproximadamente, entre los más destacados: Wehmeyer (1992) y, en trabajos posteriores, Wehmeyer y Schalock (2001). Michael Weymeyer plantea la definición posiblemente más aceptada y difundida. Para él, Autodeterminación es el proceso que lleva a la persona a *“Actuar como agente causal primario en la vida de cada uno mismo y hacer elecciones y toma de decisiones con respecto a la calidad de vida propia, libre de interferencias o influencias externas indebidas”*⁷.

⁷ “El aprendizaje para la autodeterminación”. Cuadernos de información general. FEAPS Madrid. 2004.

Asimismo, el autor propone un modelo teórico según el cuál una acción se considera autodeterminada cuando presenta cuatro características:

1) **Autonomía:** la persona actúa de acuerdo a sus preferencias, intereses y habilidades, e independientemente, libre de influencias externas innecesarias. El autor afirma que nadie es totalmente independiente, sino que todos en algún punto somos interdependientes, ya que siempre necesitamos de un apoyo;

2) **Autorregulación:** definida como un sistema complejo de respuestas que poseen las personas, para desenvolverse en los distintos ambientes en los que se encuentran, y tomar decisiones para actuar, poder evaluar los resultados acerca de las acciones implementadas, y poder planificar. Según Wehmeyer (2004), la autorregulación incluye: a) Estrategias de autocontrol: automonitorización (observación del ambiente social y físico propio), autoevaluación (realización de juicios sobre lo correcto de esta conducta comparando lo que se está haciendo con lo que se debería haber hecho) y autorrefuerzo (autoadministración de las consecuencias contingentes con la ocurrencia de conductas objetivo); b) Establecimiento de metas y conductas de logro; c) Conductas de resolución de problemas; y d) Estrategias de aprendizaje observacional;

3) **Desarrollo Psicológico o Capacitación:** significa actuar de manera psicológicamente capacitada, tener control sobre aquello importante para uno mismo y poseer las habilidades necesarias para alcanzar los logros deseados. Las personas poseen creencias, percepciones y actitudes con respecto a ejercer control sobre los diferentes aspectos de su vida, las cuales poseen un papel fundamental en la conducta autodeterminada.

4) **Autorrealización:** Wehmeyer (2004) refiere *“la gente autodeterminada se autorrealiza si hace uso de un conocimiento comprensivo y razonablemente acertado de ellos mismos, sus puntos fuertes y sus limitaciones, para actuar de*

una determinada manera así como sacar provecho de ese conocimiento⁸.

Para ser posible la autorrealización, es necesario poseer un amplio conocimiento de uno mismo. El autoconocimiento se forma a través de las experiencias de cada persona, de las interpretaciones del propio ambiente y en muchas ocasiones es influido por los valores de los otros.

La importancia de la autodeterminación recae en diferenciar el apoyo que requiere una persona con discapacidad para favorecer la toma de decisiones de la influencia o interferencia en la toma de las mismas.

La presente investigación se interesa en las cuatro características de la autodeterminación mencionadas con anterioridad, debido a que al posibilitar su adquisición se recorre el camino hacia la calidad de vida.

“La calidad de vida aumenta cuando la persona percibe que puede participar en las decisiones que afectan a su propia vida y siente que puede llegar a tener la potestad, que por derecho le corresponde, de tomar sus propias decisiones a pesar de que, en algunos momentos, requiera la orientación y el apoyo de los que le acompañan en su trayectoria vital”⁹.

3.3. Marco Legal

Desde el surgimiento de marcos legales en la República Argentina se pueden señalar diversas definiciones que dan cuenta de la transición en la conceptualización de la discapacidad; y que generan también una propuesta en defensa de derechos de este colectivo.

⁸ “El aprendizaje para la autodeterminación”. Cuadernos de información general. FEAPS Madrid, 2004.

⁹ Power point elaborado por la Mg. Araceli M. del C. López.

En el año 1981 fue sancionada la primer Ley que hace referencia a las personas con discapacidad. Esta es la **Ley N° 22.431** *Sistema de protección integral de las personas discapacitadas*, que establece la definición de Discapacidad, la existencia del Certificado de Discapacidad y legisla sobre salud, rehabilitación, educación, trabajo y accesibilidad al medio físico. En su Artículo N° 2 “...considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

Si bien considera a la discapacidad como producto de algo orgánico que posee la persona, se comienza a vislumbrar que el ámbito social al cual pertenece podría traer desventajas para su inclusión social.

Esta reglamentación tiende a asegurar a las personas con discapacidad la atención médica, la educación y la seguridad social. Asimismo refiere ofrecer a estas personas una oportunidad para que puedan vivir en sociedad, como lo hace el resto de los seres humanos.

Asimismo, la reforma de la **Constitución Nacional** del año 1994, en su Artículo N° 75, Inciso N° 23, nombra por vez primera a las personas con discapacidad: “Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad(...)”. Esto permite vislumbrar cómo a nivel social las personas con discapacidad de a poco han sido tenidas en cuenta, valoradas e incluidas socialmente.

En el año 1997 se sanciona la **Ley N° 24.901**, a partir de la cual se instituye un *Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad*, contemplando acciones de prevención, asistencia,

promoción y protección; con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. Amplio número de prestaciones creadas con la finalidad de mejorar al máximo la calidad de vida de las personas con discapacidad. Dicha Ley define a la persona con discapacidad como *“toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental y que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables su integración familiar, social, educacional o laboral”*.

A diferencia de la reglamentación anterior, a partir de esta Ley son las Obras Sociales las que se deben hacer cargo de la cobertura total de las prestaciones básicas que requieran las personas con discapacidad. Estarán cubiertas por el Estado únicamente aquellas personas con discapacidad que no estén incluidas dentro del sistema de las obras sociales.

Durante el mes de Julio del año 2000, se promulga la **Ley Nº 25.280** que aprueba la *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*.

Esta normativa surge debido al alto grado de discriminación al que se veían expuestas las personas con discapacidad, reafirmando que poseen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.

En el año 2006 se promulga la **Ley Nº 26.378**, que aprueba la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y protocolo facultativo*. La aprobación de la Convención deja en claro que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos, y que las personas con discapacidad no son objeto de políticas caritativas o asistenciales.

En su Artículo N° 1 define a las personas con discapacidad como “... *aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*”.

Si bien este apartado hace referencia a deficiencias, hace hincapié en que la discapacidad sería producto de la imposibilidad para participar en sociedad, debido a distintas barreras socio-culturales. Es decir que la causa de la discapacidad quedaría instalada en el medio social.

Si bien la actualidad se rige por dicha Convención, la realidad muestra que la mayoría de las personas con discapacidad se encuentran alojadas en distintas modalidades que no son acordes a sus características, ni a los nuevos paradigmas de la discapacidad.

3.4. Definición de modalidad de Hogar y de Centro de Día

Como ya se ha mencionado, el presente trabajo se sitúa en el marco de la prestación establecida por la Ley 24.901 como prestación de Hogar con centro de Día.

Por **Hogar** se entiende el recurso institucional que tiene como finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Es un recurso destinado a aquellas personas con una discapacidad de grado severo o profundo que requieren de una infraestructura especializada para su atención, sin la cual se hace difícil su sobrevivencia.

A su vez, un **Centro de Día** es el servicio que se brinda al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Desde el nuevo paradigma de la discapacidad, lo que se busca es que estas instituciones logren dejar atrás el Modelo Médico, y puedan abrirse a la comunidad, para de esta forma, mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

4. Desarrollo

4.1. Guión Metodológico

El presente trabajo se enmarca en una muestra teórica en función de los objetivos y de la teoría desarrollada precedentemente.

El tipo de diseño de esta investigación es desde un abordaje cuali-cuantitativo, ya que a partir de las lógicas combinadas se pudieron plantear dos momentos:

-uno cuantitativo, para resolver preguntas acerca de la explicación causal del fenómeno.

-otro cualitativo, donde a partir de las respuestas obtenidas se busca comprender los hechos (Sirvent, 2007).

La unidad de análisis está determinada por las personas con Discapacidad Intelectual que concurren y viven en el Hogar con Centro de día, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Este grupo se encuentra conformado por 30 adultos con discapacidad intelectual, de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre los 30 y los 55 años.

La recolección de datos se ha realizado a través de fuentes primarias: 30 encuestas de Autodeterminación, de elaboración propia, diseñada en base a la Escala de Autodeterminación de Autodeterminación (ARC) de Michael Wehmeyer (1995).

Se toman como dimensiones de análisis las cuatro características de la Conducta Autodeterminada, ellas son: la **Autonomía**, la **Autorregulación**, el **Desarrollo o Capacitación Psicológica** y la **Autorrealización**.

Dicho estudio fue llevado a cabo en el período Enero-Diciembre del año 2013.

Asimismo, se realizó una selección de distintos indicadores por cada característica. Para la elección de los mismos se consideró que cada uno fuese pertinente a la característica, y que abarque la mayor cantidad de ítems, para de esta forma ser lo más completo posible.

4.2. Contexto Institucional

El Hogar con Centro de Día ubicado en la CABA es una institución privada que cuenta con trece años de experiencia al servicio de las personas con discapacidad intelectual.

Durante sus primeros diez años de funcionamiento, si bien ha planteado un abordaje integral de la persona, tendiendo siempre a la inclusión social, operó con un plan de trabajo planteado desde el modelo médico rehabilitador. Por lo tanto, los residentes y concurrentes de este Hogar con Centro de Día, durante estos años se hallaron bajo este paradigma, siendo los profesionales y familiares quienes decidían qué y cómo hacer con respecto a la vida de la persona con discapacidad.

En la actualidad la organización se encuentra en momentos de desarrollo y transformación, impulsando un cambio en el esquema de atención a la persona con discapacidad intelectual que se correlaciona con los nuevos paradigmas.

Dicha transición en ocasiones se encuentra obstaculizada por distintos motivos, como ser la gran rotación del personal, la poca formación del recurso humano en materia de discapacidad, la permanencia del mismo equipo asistencial, plantado en antiguos paradigmas, entre otros.

Se trata de una institución que plantea su gestión basada en los nuevos paradigmas de la discapacidad, haciendo hincapié en el Modelo de Calidad de Vida.

Es decir, el Proyecto Institucional, se alinea con los nuevos paradigmas de la discapacidad, haciendo hincapié en la mejora de la calidad de vida, y dando relevancia a la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual, remarcándola en la mayoría de sus objetivos específicos.

Las actividades que se desarrollan en la institución son previamente seleccionadas y organizadas por el equipo técnico profesional. Se llevan a cabo bajo la modalidad de talleres, y son medios que favorecen la participación e integración activa de las personas con discapacidad en la comunidad. Los mismos son elegidos por los beneficiarios.

Dichas actividades son:

-Las orientadoras organizan gran parte de actividades con los beneficiarios, aquellas que le sean útiles y funcionales para su vida, teniendo en cuenta el nivel cognitivo y social de las personas, brindando apoyo en aquellos aspectos que lo requieran. Ejemplos: -seguimiento y apoyo en la ejecución de actividades de la vida diaria, -actividades en las que se refuerzan las habilidades sociales, -propuestas en las que se estimula la integración, la inclusión social, la autodeterminación y se favorece la posibilidad de expresión de los beneficiarios.

-Distintos talleres: Jardinería, Arte, Carpintería, Teatro y Gastronomía.

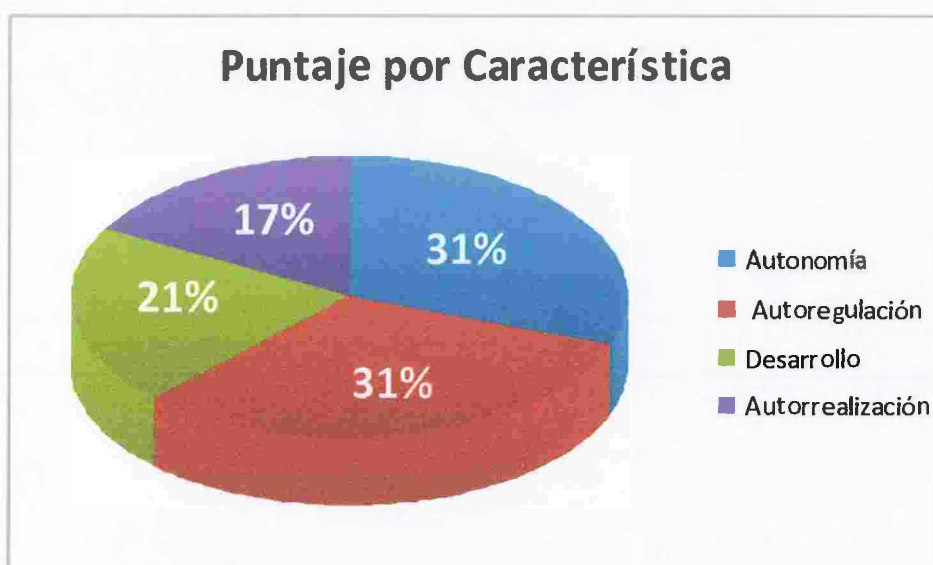
-Grupos de reflexión, talleres de convivencia y salidas semanales de compras al supermercado, a cargo de los psicólogos.

-Salidas recreativas a lugares propuestos por los beneficiarios, a cargo de las orientadoras, profesores de educación física o psicólogos.

-Actividades en horario de hogar: ocio y tiempo libre. Actividades de hogar, como ser doblado de servilletas, doblado de ropa limpia, armado y desarmado de mesa para el horario de comida, entre otras.

4.3. Análisis de los resultados

En referencia al objetivo del presente trabajo, el siguiente gráfico expresa los resultados totales arrojados de la administración de la encuesta de Autodeterminación.



Fuente: elaboración propia

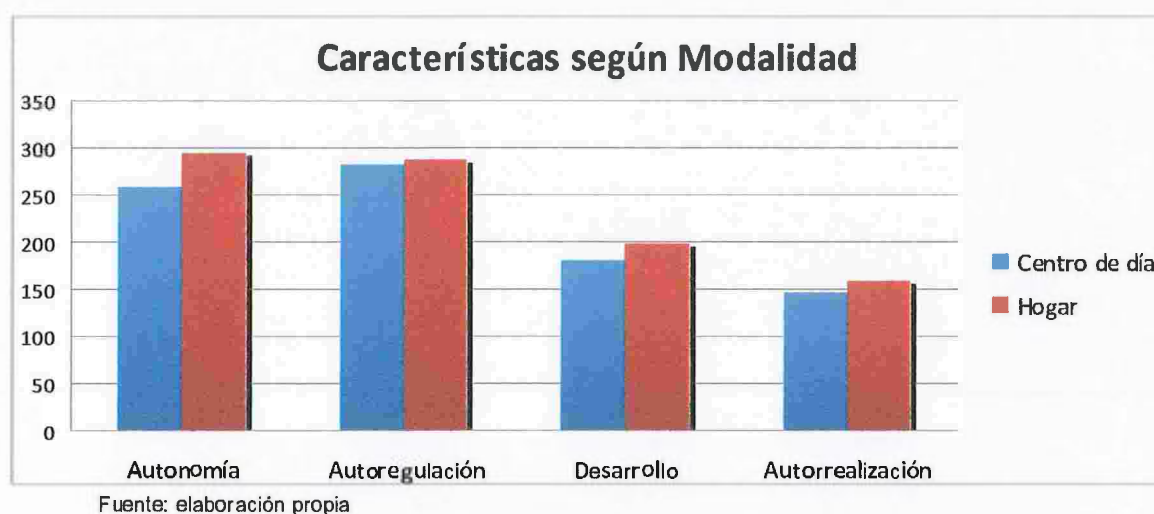
Este gráfico de torta muestra la participación relativa de las diferentes características de la Conducta Autodeterminada en el caso de estudio.

Como puede observarse, la característica más rezagada en lo que hace a la Autodeterminación de las personas que concurren al Centro de día y las que residen en el Hogar, es la Autorrealización. A esta, le sigue el Desarrollo, marcando un porcentaje escasamente más alto. Las características Autonomía y

Autorregulación, obtuvieron el mismo puntaje, siendo las mejores posicionadas en comparación con el resto.

Realizando una comparación entre ambas modalidades (Hogar-Centro de Día) se puede vislumbrar que las diferencias entre los resultados son pequeñas.

Esto se puede observar en el siguiente cuadro.



Cabe señalar que si bien se trata de modalidades distintas, esta pequeña diferencia podría deberse a, por un lado en el Hogar, hay varias cuestiones de organización del lugar que tienen que ver con reglas y normas institucionales, que quedan libradas a la organización de los dirigentes, entre ellas cuestiones horarias, la organización de las comidas, las cuales se encuentran ya establecidas. Asimismo, la permanencia de personal asistencial que fue formado en los viejos paradigmas de la discapacidad, de alguna manera impide el

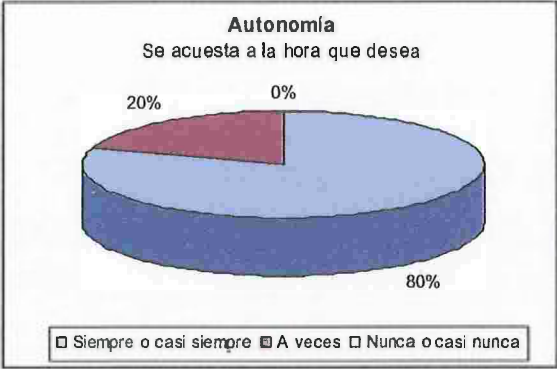
desarrollo tanto de la Autonomía como de la Autodeterminación de las personas con discapacidad.

Por otro lado, las personas que concurren al Centro de Día viven con sus familias. Debido a las edades de dichos beneficiarios, las cuales oscilan entre los 30 y los 55 años, la mayoría posee progenitores que transitan la tercera edad. Esto dejaría vislumbrar que mayormente han vivido la época de los antiguos paradigmas de la discapacidad. Por lo mismo, en varias ocasiones se observa cómo infantilizan a sus parientes con discapacidad, poniendo más atención a aquello que no pueden hacer de manera independiente, sobreprotegiéndolos, en el mayor de los casos, actitud que impide a las personas con discapacidad intelectual desarrollar al máximo su Autodeterminación.

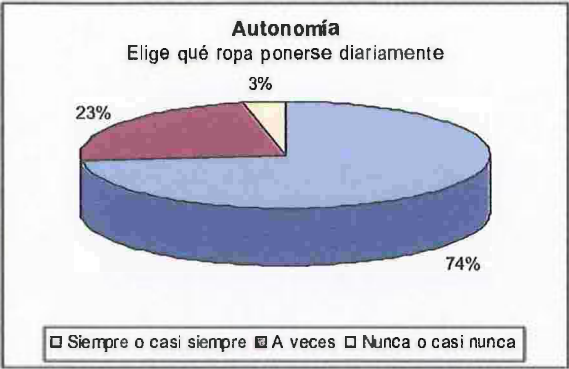
Con esta comparación, lo que se intenta esclarecer es que si bien se trata de modalidades diferentes, estas cuestiones anteriormente mencionadas son las que dejan traslucir que la diferencia entre ambas modalidades sea tan pequeña. Por lo mismo, se considera no tomar en cuenta dicha distinción Hogar-Centro de Día, por considerarse no relevante.

Se ha realizado un desglose de cada una de las características, teniendo en cuenta los valores de cada uno de los indicadores.

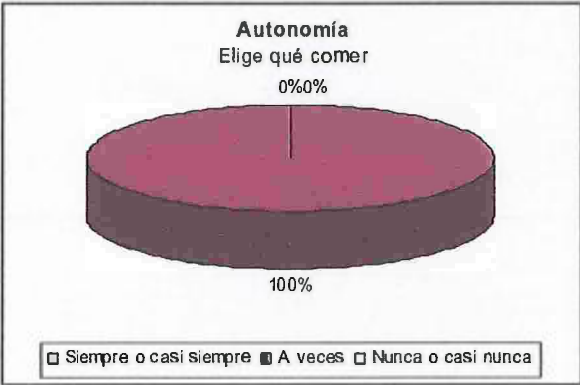
Autonomía



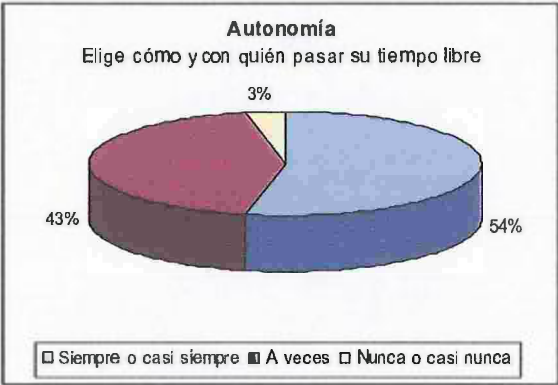
Fuente: elaboración propia



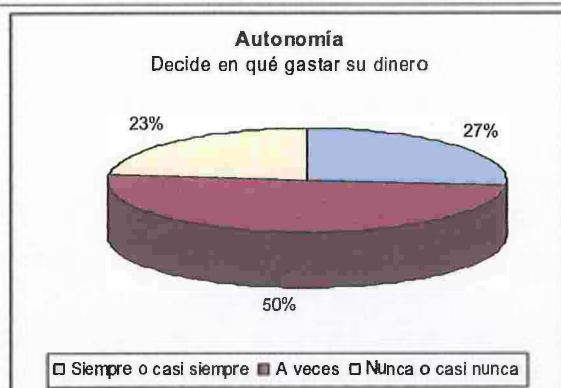
Fuente: elaboración propia



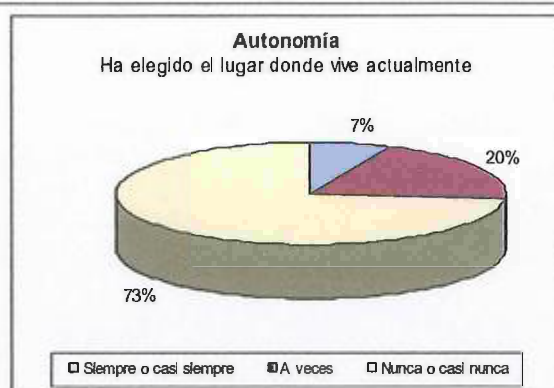
Fuente: elaboración propia



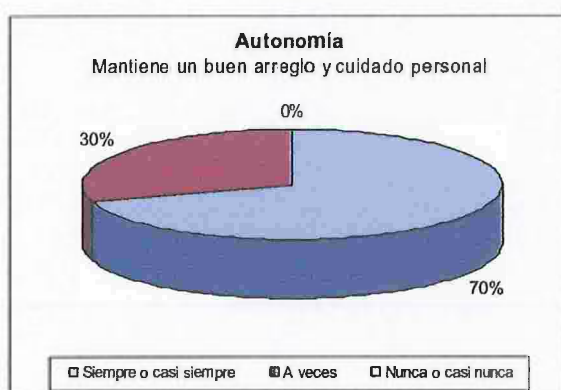
Fuente: elaboración propia



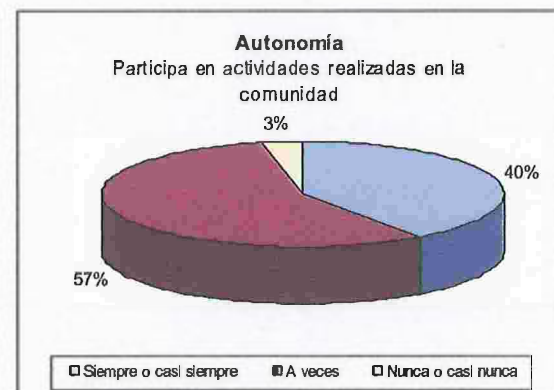
Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

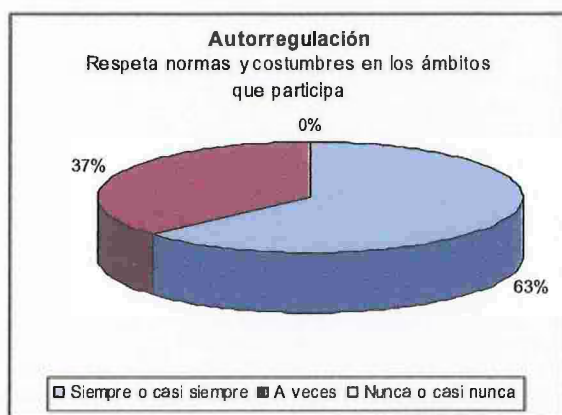
La característica Autonomía es la que arroja uno de los resultados más elevados con respecto a las otras características. Se observa que la mayoría de los beneficiarios convocados puede elegir de manera independiente cuestiones que tienen que ver con lo cotidiano, como ser la vestimenta, el horario de descanso, la participación en actividades en la comunidad, el uso del dinero, entre otros.

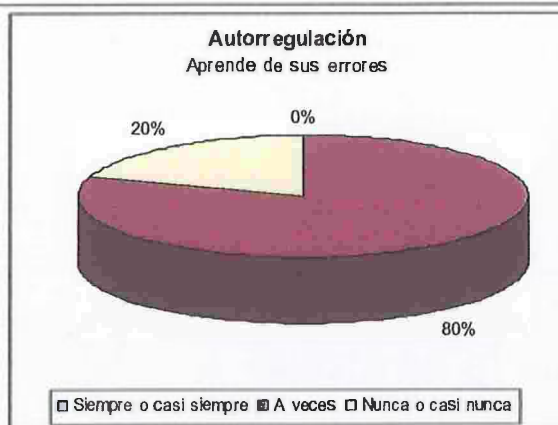
Desde el hecho de elegir de manera independiente los talleres en los que desean participar, teniendo en cuenta sus gustos e intereses personales, la institución propone distintas actividades que fomentan la Autonomía en distintos aspectos, permitiendo de esta forma ponerla en práctica.

Es una de las características que puede observarse con mayor facilidad en las personas, debido a que en cada una de las actividades o propuestas institucionales llevadas a cabo, los concurrentes deben poner a prueba su nivel autónomo en lo cotidiano, y es la principal característica a tener en cuenta para poder lograr un mayor grado de independencia.

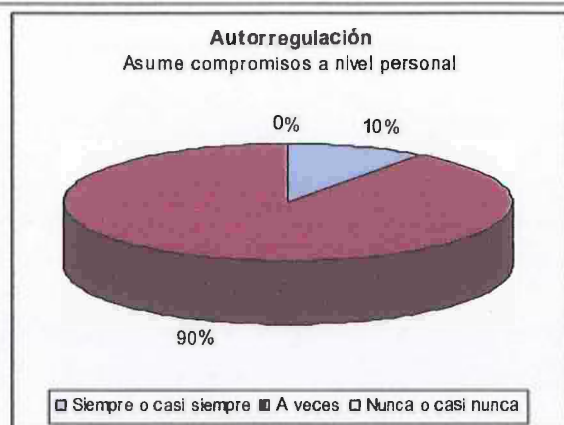
Se puede visualizar un alto porcentaje de concurrentes al hogar y centro de día ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que puede realizar elecciones como así también tomar decisiones autónomas, es decir, que han adquirido el desarrollo de un sentido de control personal sobre la propia vida.

Autorregulación

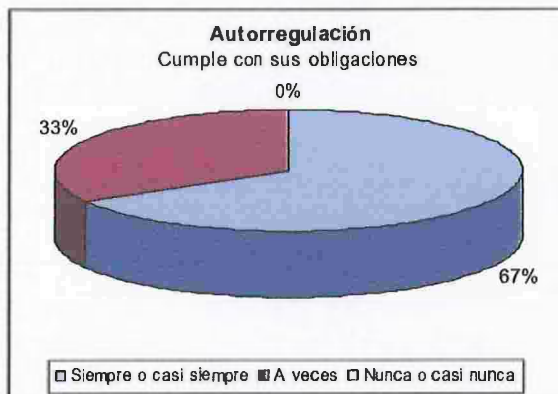




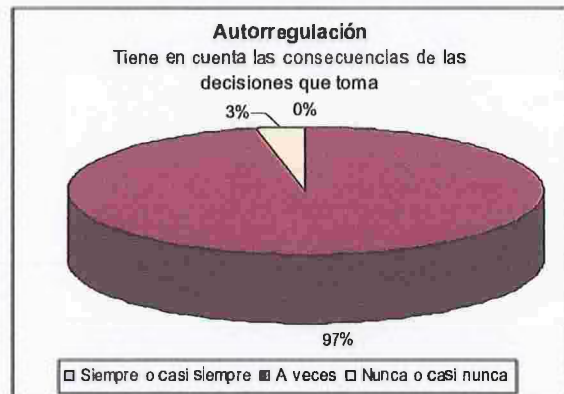
Fuente: elaboración propia



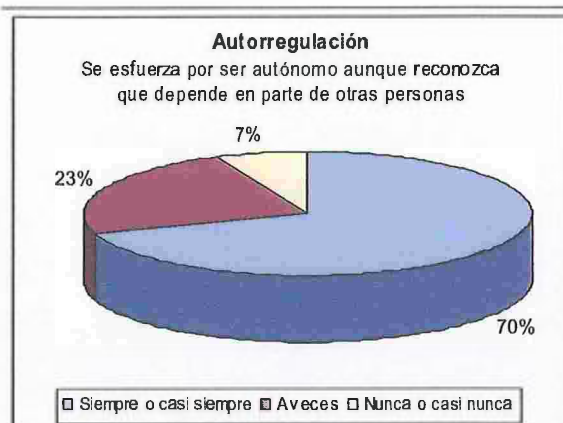
Fuente: elaboración propia



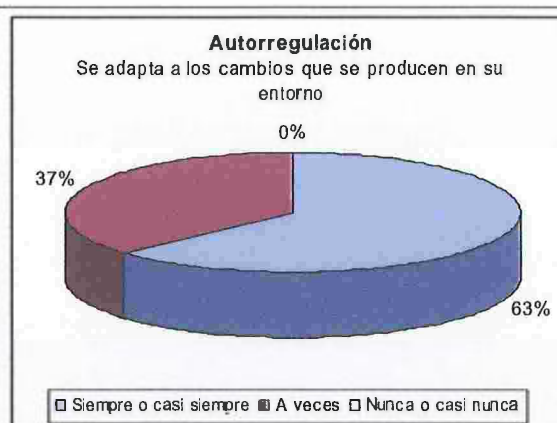
Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

De los gráficos expuestos se puede inferir que la mayoría de los beneficiarios presentan un buen nivel de Autorregulación, como ser cuestiones que tienen que ver con el cumplimiento de obligaciones, el respeto por la norma preestablecida, la adaptación a los cambios, entre otros.

Las mayores frecuencias fueron registradas en los siguientes indicadores: Respeta normas y costumbres en los ámbitos que participa, Busca una solución cuando se encuentra con un obstáculo, Cumple con sus obligaciones, Se esfuerza por ser autónomo aunque reconozca que depende en parte de otras personas y Se adapta a los cambios que se producen en su entorno.

Cabe destacar que dentro de las actividades propuestas por la institución, pueden vislumbrarse algunas en las que podría implementarse el desarrollo de esta característica (Autorregulación), como ser los Grupos de reflexión y los Talleres de Convivencia.

Los resultados reflejan un alto porcentaje de concurrentes que han logrado la consecución de metas personales y del aumento del propio bienestar psicológico y, consecuentemente, de la felicidad.

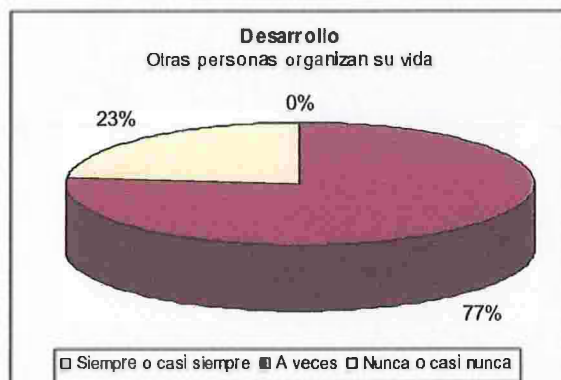
Desarrollo o Capacitación Psicológica



Fuente: elaboración propia



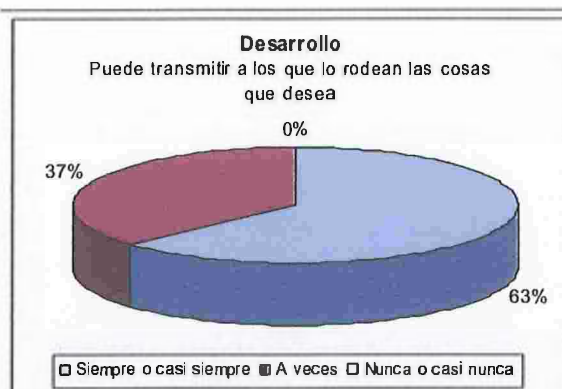
Fuente: elaboración propia



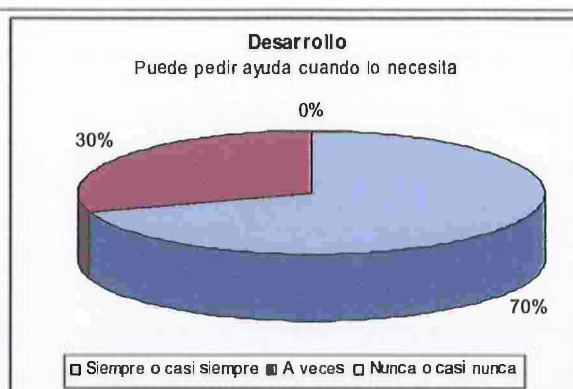
Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

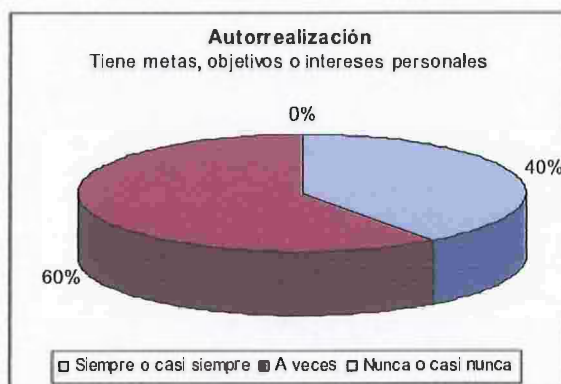
Desarrollo es una característica que hace referencia a las habilidades que las personas poseen para alcanzar sus deseos, y el control que tienen sobre aquellas circunstancias importantes para ellos mismos. Del análisis de los resultados de esta característica puede observarse que la mayoría de la población elegida no ha logrado desarrollar una alta capacitación psicológica.

El menor valor encontrado en dicha característica se deja observar en el indicador "organiza sus visitas médicas", arrojando un 100% las personas que nunca o casi nunca logran realizarlo.

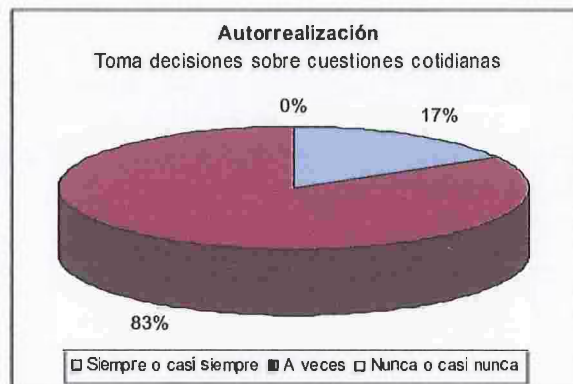
Podría decirse que una gran cantidad de las personas seleccionadas para responder esta encuesta no poseen las habilidades necesarias para adquirir el control sobre aquello que es importante para ellos mismos.

Esto dejaría entrever que los antiguos paradigmas de la discapacidad aún se encuentran presentes, tanto en el modo de actuar del personal que forma parte de la institución, como en las familias de las personas que concurren al centro de día, dificultando de esta manera la posibilidad de fomentar el desarrollo de la capacitación psicológica por parte de las personas con discapacidad intelectual.

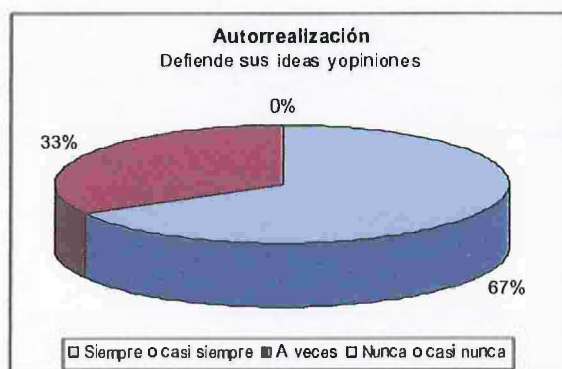
Autorrealización



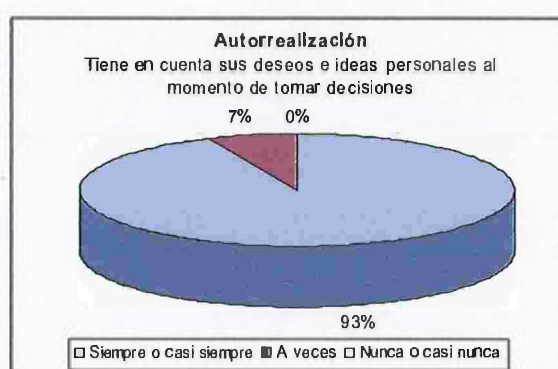
Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

La característica Autorrealización es la que ha obtenido las frecuencias más bajas. Los gráficos anteriormente expuestos reflejan un alto porcentaje de la población seleccionada con poca conciencia de sus fortalezas y limitaciones para actuar de manera que puedan capitalizar esa información en su propio beneficio.

Con respecto a esto, cabe aclarar que para que una persona logre la Autorrealización, es necesario ante nada el Autoconocimiento, el conocerse a sí mismo. El conocimiento de sí mismo se forma a través de la experiencia con el ambiente, y está influido por la evaluación que realicen los otros. Sin Autoconocimiento, no es posible lograr la realización personal.

Esta característica se presenta con la menor frecuencia, debido a que en el proyecto institucional no se observan propuestas concretas que fomenten el autoconocimiento de las personas con discapacidad intelectual.

Relación de las características de la Conducta Autodeterminada de las Personas con Discapacidad Intelectual con las propuestas de actividades que brinda la institución

A continuación se identifican y describen las principales actividades desarrolladas en el servicio y su interrelación con las características de la conducta autodeterminada en la promoción de la autodeterminación.

ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA AUTODETERMINADA
Talleres: Jardinería, Arte, Carpintería, Teatro y Gastronomía	-Autonomía: al momento de realizar elecciones -Autorregulación: al momento de compartir una actividad con otros

Grupos de reflexión y talleres de convivencia	-Autonomía al momento de realizar elecciones -Autorregulación al momento de compartir una actividad con otros -Desarrollo o Capacitación Psicológica
Salidas recreativas y salidas semanales de compras al supermercado	-Autonomía: al momento de realizar elecciones -Autorregulación: al momento de compartir una actividad con otros -Desarrollo o Capacitación Psicológica -Autorrealización: al momento de planificar a futuro
Actividades de ocio y tiempo libre	-Autonomía: al momento de realizar elecciones -Autorregulación: al momento de compartir una actividad con otros -Desarrollo o Capacitación Psicológica -Autorrealización: al momento de planificar a futuro
Actividades de Hogar	-Autonomía: al momento de realizar elecciones -Autorregulación: al momento de compartir una actividad con otros -Desarrollo o Capacitación Psicológica

A partir del cuadro se puede visualizar que la institución plantea propuestas de trabajo en las cuales, en líneas generales, se ponen en juego las cuatro características fundamentales de la Autodeterminación.

Sin embargo, de los resultados obtenidos se puede observar que la institución debería hacer hincapié en proponer más actividades que permitan impulsar la Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual, focalizando en aquellas propuestas que estén relacionadas mayormente con el Desarrollo o Capacitación Psicológica y la Autorregulación, teniendo en cuenta el Autoconocimiento.

5. Conclusión

Teniendo en cuenta el camino que ha transitado la Discapacidad Intelectual a lo largo del tiempo, se ha alcanzado un nuevo paradigma mucho más abarcativo, donde la Autodeterminación ocupa un lugar central.

En la actualidad, se observa la necesidad de un nuevo modelo de atención a las Personas con Discapacidad Intelectual, con un plan de trabajo acorde a los nuevos paradigmas, lo que dé cuenta de un servicio de calidad por parte de las instituciones que brindan servicios a este grupo de personas.

De esta manera el presente trabajo analiza la relación entre las características de la Conducta Autodeterminada en Adultos con Discapacidad Intelectual y las actividades propuestas por el Hogar con Centro de Día en el cual viven y concurren, utilizando como instrumento de medición una Encuesta de Autodeterminación de elaboración propia, diseñada en base a la Escala de Autodeterminación (ARC) de Michael Wehmeyer (1995).

De los datos obtenidos por la administración de dicha Encuesta y su relación con las propuestas de actividad que ofrece la institución, se puede visualizar en líneas generales que los concurrentes del Hogar y Centro de Día de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, presentan un alto grado de Autodeterminación en sus conductas.

Al realizar el desglose de cada una de las características de la Autodeterminación, se puede observar que la institución debe incorporar en su proyecto institucional mayores propuestas que estimulen la Autorregulación como el Desarrollo Psicológico, para habilitar la Autodeterminación, y de esta forma mejorar la Calidad de Vida de las personas con discapacidad intelectual, concurrentes del Hogar y Centro de Día.

-
- Wehmeyer, M. L.; Peralta, F.; Zulueta, A; Gonzalez -Torres M. C. y A. Sobrino. *"Escala de autodeterminación Personal ARC. Instrumento de valoración y guía de aplicación. Adolescentes y adultos con discapacidad intelectual"*. Editorial CEPE, 1995.

Leyes

- *Constitución Nacional de la República Argentina*
- *Ley N° 22.431 Sistema de protección integral de las personas discapacitadas.*
- *Ley N° 24.901 Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad*
- *Ley N° 26.378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y protocolo facultativo*

Anexo

Encuesta de Autodeterminación

Nombre y apellido:

Diagnóstico:

Modalidad:

Características	Indicadores de Autodeterminación	Siempre o Casi Siempre	A veces	Nunca o Casi Nunca
Autonomía	Se acuesta a la hora que desea			
	Elige qué ropa ponerse diariamente			
	Elige qué comer			
	Elige cómo y con quién pasar su tiempo libre			
	Decide en qué gastar su dinero			
	Ha elegido el lugar donde vive actualmente			
	Mantiene un buen arreglo y cuidado personal			
Autorregulación	Participa en actividades realizadas en la comunidad			
	Respeto normas y costumbres en los ámbitos que participa			
	Busca una solución cuando se encuentra con un obstáculo			
	Aprende de sus errores			
	Asume compromisos a nivel personal			
	Cumple con sus obligaciones			
	Tiene en cuenta las consecuencias de las decisiones que toma			
Desarrollo	Se esfuerza por ser autónomo aunque reconozca que depende en parte de otras personas			
	Se adapta a los cambios que se producen en su entorno			
	Organiza su propia vida			
	Organiza sus visitas médicas			
	Otras personas organizan su vida			
	Se protege y defiende a sí mismo cuando lo considera necesario			
	Puede transmitir a los que lo rodean las cosas que desea			
Autorrealización	Puede pedir ayuda cuando la necesita			
	Tiene metas, objetivos o intereses personales			
	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas			
	Defiende sus ideales y opiniones			
	Tiene en cuenta sus deseos e ideas personales al momento de tomar decisiones			