

Relación del autoconcepto, autoestima y habilidades sociales en adultos con discapacidad intelectual

Laura Camila Abella Romero

Sara Villegas Syro

Juliana Rosado Uribe

Directora de trabajo de grado

Pontificia Universidad Javeriana de Cali

Facultad de humanidades y ciencias sociales

Carrera de psicología

Santiago de Cali, 15 de diciembre de 2023

Resumen

Este proyecto tuvo como objetivo determinar si existe una relación entre el autoconcepto, la autoestima, y las habilidades sociales en adultos jóvenes con discapacidad intelectual que asisten a un programa de formación para el trabajo en una institución de la ciudad de Cali. La muestra estuvo conformada por 25 adultos diagnosticados con discapacidad intelectual a los que se les aplicaron los instrumentos Escala de Autoestima de Rosemberg; la Prueba de Autoconcepto de Tennessee; y a 25 cuidadores primarios de los participantes se les aplicó la Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein. Los principales hallazgos mostraron que el 60% de la muestra cuenta con nivel alto de autoestima, un 68% de los participantes presenta un nivel bajo de autoconcepto y que para la variable de habilidades sociales el 52% de los adultos encuestados obtuvo un nivel alto de desempeño. Del mismo modo, se encontró una correlación inversa entre las variables de autoconcepto y habilidades sociales con un valor de $r(23) = -,606$ y estadísticamente significativa ($p=,001$). A partir de esto, el estudio permitió concluir que la participación en contextos inclusivos y la aceptación del diagnóstico permiten la construcción de una autoestima positiva. Asimismo, el autoconcepto resulta ser una estructura que, al ser estable, requiere tiempo y experiencias nuevas que lo transformen. Por último, surgen preguntas acerca del conocimiento de los informantes sobre habilidades sociales adecuadas y si las diversas perspectivas acerca del comportamiento del sujeto con discapacidad intelectual son congruentes.

Palabras clave: discapacidad intelectual, autoconcepto, autoestima, habilidades sociales, coeficiente intelectual.

Abstract

This project aimed to determine if there is a relationship between the self-concept, self-esteem, and social skills in young adults with intellectual disabilities who attend a training program for work at an institution in the city of Cali. The sample consisted of 25 adults diagnosed with intellectual disability, who were evaluated with the Rosenberg Self-esteem Scale was applied; the Tennessee Self-concept Test; and 25 caregivers who answered the Goldstein Social Skills Checklist. The main findings showed that 60% of the sample had a high level of self-esteem, 68% of the participants had a low level of self-concept and in terms for the social skills variable 52% of the adults surveyed had a high level of performance. Similarly, an inverse correlation was found between the variables of self-concept and social skills with a value of $r(23) = -,606$ and statistically significant ($p=,001$). To conclude, that participation in inclusive contexts and acceptance of diagnosis allow the construction of positive self-esteem. Likewise, self-concept turns out to be a structure that, being stable, requires time and new experiences to transform it. Finally, questions arise about the informants' knowledge of adequate social skills and the congruence between different perspectives on the behavior of the subject with intellectual disability.

Key words: intellectual disability, self-concept, self-esteem, social skills, intelligence quotient.

Tabla de contenido

Introducción	3
Método	32
Diseño.....	32
Participantes	33
Instrumentos	34
Análisis de Datos.....	35
Procedimiento.....	36
Consideraciones Éticas.....	37
Resultados	40
Discusión	45
Referencias	55
Anexos	61

Introducción

Las personas con discapacidad son aquellas que presentan limitaciones en algún aspecto de su funcionamiento que obstaculizan la forma en la que se desenvuelven en la sociedad, puesto que en la interacción con esta se encuentran con diferentes barreras que dificultan o limitan su participación plena. Se calcula que el 16% de la población mundial vive con una discapacidad importante, es decir, presentan limitaciones del funcionamiento en la esfera física, mental, intelectual o sensorial (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014; 2023).

En América Latina y el Caribe se estima que el 14,7% de la población vive con al menos un tipo de discapacidad, y debido a las condiciones socioeconómicas y de desarrollo de estas regiones, en 1 de cada 5 hogares en condiciones de pobreza extrema vive una persona con discapacidad, y 7 de cada 10 hogares con personas con discapacidad son vulnerables a caer en la pobreza. Sumado a esto, las personas con discapacidad ven su derecho a la educación vulnerado, encontrando que el 15% de niños con discapacidad no asisten a instituciones educativas, siendo el analfabetismo 5 veces más frecuente en personas con discapacidad. Además, un gran porcentaje de personas con discapacidad se encuentran inactivos en el mercado laboral, teniendo las mujeres un mayor porcentaje de inactividad y de los que se encuentran empleados, se sabe que reciben una remuneración entre 6% y 11% menor por las mismas labores (Banco Mundial, 2021; OMS, 2014).

Por otro lado, en Colombia se estima que el 2,3% de la población nacional presenta alguna de las siguientes discapacidades reconocidas en el país: discapacidad auditiva, física, intelectual, visual, sordoceguera, psicosocial y múltiple. Asimismo, en el Valle del Cauca las personas con discapacidad alcanzan un 4,9%, encontrándose la mayor parte en la ciudad de Cali con un 4,2%

ocupando el quinto lugar de las ciudades con mayor porcentaje de discapacidad. De igual forma, se reconoce que los adultos y jóvenes representan un 37% y 15% respectivamente de las personas con discapacidad, donde los principales diagnósticos reportados son los trastornos mentales (7,9%) y del comportamiento (15%) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2020); MINSALUD, 2020; 2022).

Como se menciona anteriormente, la relación entre pobreza, discapacidad y vulnerabilidad es estrecha. En Colombia se observa que alrededor de un 73% de estas personas se encuentran ubicadas en estratos socioeconómicos bajos (1 y 2), influyendo en gran parte en el incremento de un bajo logro educativo con un 53,4% y aumentando en consecuencia los niveles de analfabetismo en esta población en un 17,6%. Así, debido a las dificultades que presentan estas personas en cuanto al acceso a servicios y garantía de derechos, se encuentra que adquieren un trabajo informal con mayor frecuencia respecto a las personas sin discapacidad (Ministerio de Educación Nacional [MINEDUCACIÓN], 2017; DANE, 2020).

Teniendo en cuenta la necesidad que existe para cerrar la brecha de acceso a la educación, al trabajo y a la participación social de las personas con discapacidad, así como prevenir las vulnerabilidades asociadas a la exclusión, este proyecto se centró en una muestra de personas con discapacidad intelectual, pues estas presentan mayores desafíos al momento de participar socialmente en distintos espacios comunitarios debido a las limitaciones interpersonales del medio y de estos mismos. Por lo tanto, los procesos de inclusión de personas con esta discapacidad implican, no solo la utilización de medios materiales, sino un cambio en la lógica interaccional de los espacios de participación. De tal modo, este estudio se enfocó en variables que han sido

identificadas como relevantes para la participación social y las relaciones que se dan entre estas, como lo serían el autoconcepto, la autoestima y las HHSS.

La discapacidad intelectual (DI) es entendida como un trastorno del desarrollo neurológico, el cual implica limitaciones en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo, que se expresan en habilidades conceptuales, sociales y prácticas (American Psychiatric Association [APA], 2014; Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo [AAIDD], 2011).

Se estima que esta discapacidad tiene una prevalencia del 1% en países desarrollados, y del 3% en países en vía de desarrollo, en donde aumenta debido a problemáticas sociales tales como la desnutrición, menor cuidado prenatal, complicaciones perinatales, deprivación y pobreza. En estos países, las personas con discapacidad intelectual (PcDI) experimentan una mayor vulneración de derechos, ya que se ven privados de su libertad y capacidad de decisión frente a su salud, finanzas y bienestar, junto a un trato injusto y sin igualdad de condiciones (Popovici & Buică-Belciu, 2013; APA, 2014; Cafalat-Selma et al., 2016; Yáñez, 2016; Ke & Liu, 2017; Cárdenas, 2022; Davies et al., 2021; Jacob et al., 2022).

La Red Latinoamericana de organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familias (2019) informa que Colombia ocupa el quinto lugar entre los países con mayor porcentaje de DI y psíquica con un 22,70%. Por otra parte, MINSALUD (2020) menciona que entre los principales diagnósticos en relación con los problemas de salud mental se observa la DI en segundo lugar con un 17,5%. Adicionalmente, en Cali se estimó que las alteraciones asociadas al sistema nervioso ocupan el tercer lugar con un 17,72% afectando a los individuos con edades comprendidas entre

los 10 a 19 años en un 4,41% y edades entre los 20 a los 29 años en un 8,64% (Alcaldía de Santiago de Cali, 2014).

Este panorama, que se sustenta en importantes cifras en cuanto a la prevalencia de la DI, refleja que las PcDI experimentan una baja participación social en su entorno cultural, lo cual puede conllevar a la pérdida de oportunidades y entornos de aprendizaje sociales que favorezcan y fortalezcan sus capacidades, perjudicando así su desarrollo. Con ello, comienza a evidenciarse la importancia de implementar en los procesos de inclusión variables intrasubjetivas que mitiguen el impacto de estas situaciones, como el autoconcepto, la autoestima, o bien las capacidades relacionadas a la interacción social, para que faciliten la inclusión de las PcDI en su entorno cultural.

Para este proyecto se llevó a cabo una revisión de literatura de las respectivas variables a estudiar. En cuanto al autoconcepto, los estudios revisados lo definen como un esquema o sistema cognitivo que abarca todas aquellas ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene sobre sí mismo, y se desarrolla en función a las experiencias de participación social y procesos de socialización que tiene el individuo, de las cuales extrae aquellas representaciones sobre sí mismo. Al igual que la población normotípica, las PcDI presentan una construcción de autoconcepto similar, aunque con esta población surge la pregunta de cómo la escasez de participación social y comunitaria en su entorno cultural directo afecta la construcción de un autoconcepto ajustado a su realidad que les permita desenvolverse a partir de esta. De igual manera, se ha evidenciado que aspectos como la comparación con los individuos con los que comparten espacios culturales y educativos, influencia de forma directa el autoconcepto de las PcDI, por lo que entornos con estereotipos marcados frente a la discapacidad podría afectar de forma negativa el autoconcepto

desarrollado por esta población (Belmonte y Bernárdez-Gómez, 2021; Douma et al., 2022; Frager & Fadiman, 2001; Goñi et al., 2008; Hall & Lindzey, 1984; López Bastías, 2019; Maiano et al., 2019; M. del P. Oñate, 1989; Popovici & Buică-Belciu, 2013).

De manera similar, un estudio de caso con 12 adolescentes con DI encontró resultados relacionados a la escasez de participación social y su influencia en el autoconcepto y la variabilidad de este. Este estudio tenía el objetivo identificar patrones de autoconcepto en adolescentes con DI, y por medio de un análisis etnográfico se evidenció una construcción lenta del autoconcepto, acompañado de patrones de autoconcepto orientados a la aprobación social y en función al estado anímico de la persona. Igualmente, se encontró una autoimagen y una autoestima altamente influenciada por variables externas al individuo, y se menciona que las PcDI construyen y aprenden comportamientos y formas de relacionarse estereotípicas debido a una participación social superficial. Por tal motivo, el desarrollo del autoconcepto se ve entorpecido por comportamientos disruptivos o inapropiados socialmente manifestados por la persona en la interacción (Popovici & Buică-Belciu, 2013).

A su vez, se encontró una revisión sistemática realizada en 2022 con el propósito de llenar el vacío del conocimiento en la literatura sobre las dimensiones del autoconcepto de estudiantes con DI y con alteraciones en el desarrollo socioemocional y del comportamiento. Se observó que, en entornos educativos tradicionales, los estudiantes con DI y con alteraciones del desarrollo presentaban resultados negativos en categorías como la aceptación, la competencia social, el autoconcepto académico y social. Los autores infieren que es en estos espacios donde el autoconcepto de las PcDI se ve influenciado por la comparación entre pares. Por tanto, en entornos tradicionales, las diferencias significativas en cuanto al desempeño en diferentes áreas y, el alcance

de logros y metas acorde a su edad, resultan ser un factor de predisposición para el desarrollo de un autoconcepto negativo al no alcanzar la imagen esperada de sí mismo y generando ideas poco favorecedoras de sí. Por otro lado, se encontró que, en entornos educativos especiales, los estudiantes con DI presentaban niveles más neutros de autoconcepto global, dando cuenta de un entorno donde las diferencias entre pares no influyen de forma negativa, sino que favorecían la participación de los individuos entre sí, fortaleciendo de este modo el autoconcepto (Douma et al., 2022).

Análogamente, se encuentran resultados semejantes en una revisión realizada años antes con un objetivo similar, en donde se encontró que las PcDI tienden a tener niveles más bajos de autoconcepto académico-cognitivo, comportamental, y de autoconcepto global que estudiantes con desarrollo típico. De igual modo, se observaron niveles significativamente más bajos cuando las PcDI se encontraban en entornos compartidos con personas con desarrollo típico, pero segregadas según sus necesidades, y niveles más altos en entornos exclusivos de educación especial (Maïano et al., 2019).

Estos resultados, en cierto sentido muestran los diferentes logros entre entornos tradicionales y de educación especial, en donde este último consigue beneficiar el desarrollo del autoconcepto y la autopercepción. Siendo así, se puede inferir que estos logros pueden darse debido a la experiencia que ofrece la educación especial a diferencia de ambientes tradicionales en aspectos como: adaptación del currículo y materiales; favorecimiento de participación entre pares; preparación de los docentes en discapacidad y en la generación de estrategias efectivas de inclusión; entre otros (España y Varón, 2022; Maïano et al., 2019).

En congruencia con lo anterior, en un estudio cualitativo se exploró la percepción sobre factores que afectaban el autoconcepto de 18 adultos jóvenes pertenecientes a un programa de apoyo para la inserción al mercado laboral de estudiantes universitarios con DI. Este estudio tenía como objetivo analizar la influencia del programa en el autoconcepto de PcDI en cuanto a sus expectativas de inclusión, por medio de la exploración de percepciones, y el establecimiento de relaciones entre las categorías encontradas. Con base en esto, se evidenció que las PcDI percibían el autoconcepto positivo como una fortaleza, mientras que percibían el autoconcepto negativo como una debilidad. Asimismo, percibían como una amenaza para el alcance de sus metas y objetivos las experiencias de discriminación y exclusión debido a su condición de discapacidad. Finalmente, los autores relacionan la categoría de relaciones sociales y el autoconcepto positivo como oportunidades para el cumplimiento de metas en las PcDI, así como una relación bidireccional entre el autoconcepto positivo y la autonomía experimentados por los participantes (Belmonte Almagro & Bernárdez-Gómez, 2021).

Entonces, se reitera la fuerte influencia del componente social en el desarrollo de un autoconcepto equilibrado y ajustado con la realidad que experimentan las PcDI, en vista que la baja participación social, la comparación entre pares, y los estereotipos con los que la sociedad percibe a estas personas, impactan el desarrollo de su autoconcepto, así como los distintos ambientes y apoyos brindados en estos para favorecer los procesos de inclusión de las PcDI. Por esta razón resulta importante atender a las HHSS, ya que estas podrían influenciar el autoconcepto de los sujetos, o bien verse afectadas por el autoconcepto que presenta la persona, repercutiendo en las capacidades adaptativas de las PcDI (Belmonte Almagro & Bernárdez-Gómez, 2021; Douma et

al., 2022; Foloștină et al., 2015; Frager & Fadiman, 2001; Goñi et al., 2008; Hall & Lindzey, 1984; López Bastías, 2019; Mañano et al., 2019; M. del P. Oñate, 1989; Popovici & Buică-Belciu, 2013).

Respecto a la autoestima, que se entiende como aquella valoración afectiva que se tiene de sí mismo y que impacta en el comportamiento de los seres humanos, se encontraron una serie de resultados que demuestran que las PcDI presentan una mayor tendencia a obtener niveles bajos de autoestima tanto en población adulta como infantil. Esto se evidencia en un estudio de tipo cuantitativo, comparativo y de enfoque cuasi experimental, que tenía como propósito detectar las necesidades relacionadas con la autoestima de 37 adultos con DI entre los 25 y 74 años, en donde se encontraron niveles variados de autoestima, entre ellos, un nivel bajo con un 10,8%.

En este estudio se observó que a medida que la edad aumenta, la autoestima disminuye en los participantes los cuales mencionan desear sentir más respeto y orgullo de sí mismos, como también, les gustaría disfrutar una mayor confianza sobre sus propias capacidades y disminuir sentimientos de fracaso e inutilidad. Lo anterior se observa como resultado de las comparaciones constantes frente a otras personas de su edad, la preocupación por su futuro y la angustia asociada a las expectativas sociales acerca de lo esperado de un adulto, el cual debería ser exitoso y con un grado de independencia mayor (Rubio, 2016).

Además, se encontró que las barreras sociales tales como discriminación y rechazo impactan la autoestima de los individuos con DI, de modo que, dicha variable logra influir en procesos de socialización y aprendizaje. Esto ocurre ya que al experimentar sentimientos de fracaso, minusvalía y desvalorización de sí mismos se puede deteriorar el desempeño social que pueden obtener en una relación interpersonal y a nivel académico, con la capacidad de respuesta a la adversidad y flexibilidad.

Referente a la influencia en los procesos de aprendizaje, un estudio cuantitativo de tipo correlacional buscó determinar la influencia de la autoestima en los procesos de aprendizaje de estudiantes con DI de educación primaria. Este encontró una alta predisposición negativa del participante hacia su proceso de aprendizaje relacionada a los niveles bajos y muy bajos de autoestima. Dichos niveles bajos se reflejan en valoraciones negativas de sí mismo en factores estéticos, afectivos, el sentimiento de inclusión y de considerarse buena persona y, la capacidad de resolver problemas. Es decir, el hecho de presentar una baja autoestima puede jugar un rol importante en el proceso de aprendizaje, puesto que contribuye a la generación de inseguridades que obstaculizan un adecuado proceso académico, dificultan también la capacidad de afrontar adversidades, flexibilidad y creatividad. Esto pueden verse reflejados a través de sentimientos de fracaso, poco valor en sí mismos y con visiones distorsionadas de sí (Becerra, 2022).

Por otro lado, se conoce que las PcDI presentan una mayor tendencia a ser víctimas de maltrato como consecuencias de comportamientos asociados a la discriminación y estigmatización de su diagnóstico por parte de su entorno. Por ello, un estudio de tipo cuantitativo tuvo como objetivo determinar si la autoestima y el apoyo social percibido actúan como moderadores en la relación entre la vergüenza, autocompasión y experiencias adversas en 97 adultos con DI entre los 18 y 64 años. Esta investigación encontró que esta población presenta mayor predisposición a sufrir de intimidación, violencia, aislamiento social y experiencias interpersonales adversas que impactan negativamente la valoración personal del individuo con DI, que por ende afectan sus procesos de socialización y participación social. Además, se obtuvo que aquellos que presentaban niveles altos de autoestima eran menos propensos a experimentar sentimientos de vergüenza y presentan mayor capacidad de afrontamiento (Davies et al, 2021).

Ahora bien, un estudio resalta la importancia de tener en cuenta aquellos factores que protegen al individuo de desarrollar niveles bajos de autoestima, relevancia que se convierte en un aspecto pertinente cuando se habla de población con discapacidad. Este estudio cuantitativo, llevado a cabo en 1353 adultos con discapacidad, tenía como propósito examinar cómo el estado de discapacidad se relaciona con la autoestima, la estima percibida y los marcadores de edad adulta y explorar si dicha relación se encuentra moderada por la autoidentificación de la discapacidad. Así se encontró que, aquellos adultos jóvenes con alguna discapacidad que no incorporan su diagnóstico dentro de su identidad y expresión de la misma experimentan niveles más bajos de autoestima a diferencia de aquellos que sí. Lo anterior evidencia que, la aceptación y reconocimiento de la discapacidad, puede ser un factor protector para la autoestima, pues facilitan la pertenencia a un grupo y protegen al sujeto de una identidad marginada (Chalk, 2016).

Consecuentemente, se puede observar que las PcDI presentan una mayor predisposición a sufrir afectaciones negativas en la construcción de su autoestima, lo cual se ve reflejado en la presencia de sentimientos de minusvalía, fracaso, inutilidad y poca confianza en sus propias capacidades. En este sentido, si la persona no posee la confianza necesaria para adentrarse en una situación social, sustentada bajo dichas creencias y actitudes desfavorables de sí mismos, difícilmente buscará involucrarse en ellas voluntariamente. Lo cual influye en el desarrollo de conductas de aislamiento social y baja participación en relaciones interpersonales. Acorde con esto, se puede decir que niveles de autoestima bajos pueden influir en el desarrollo de las HHSS, y/o en el desempeño que el individuo con DI obtenga en sus procesos de interacción, así como afectar la construcción de su autoconcepto. No obstante, en casos donde la persona reconoce su diagnóstico, lo acepta y lo integra en su vida cotidiana, se favorece su desarrollo al ser este reconocimiento un

factor protector del individuo (Becerra, 2022; Chalk, 2016; Davies et al., 2021; Díaz, 2018; Foloștină et al, 2015; Jacob et al., 2022; Rubio, 2016).

Hay que tener en cuenta que las HHSS son aprendidas y desarrolladas en entornos puramente sociales, por lo que, aspectos como actitudes desfavorables acerca de sí mismos y la desventaja asociada con la participación en este tipo de contextos, pueden representar un obstáculo para las PcdI asociado al desarrollo de estas habilidades. Por otra parte, aunque el mismo diagnóstico de DI puede presentar una dificultad en la dimensión social, la conducta adaptativa permite que esta población pueda manifestar diversos niveles de funcionamiento en diferentes áreas independientemente del grado de severidad de DI. Por tanto, una afectación moderada en la capacidad intelectual no necesariamente alterará las HHSS con el mismo grado, aunque si afectará la forma en la que este individuo se relaciona (AAIDD, 2011; Díaz, 2018; Jacob et al, 2022; Perales, 2021).

Un aspecto estrechamente relacionado a las HHSS es la regulación emocional, donde dicha capacidad juega un papel fundamental en las relaciones interpersonales. Una investigación de tipo cualitativo y de acción participativa, con el objetivo de brindar herramientas a los docentes para desarrollar HHSS y de manejo emocional en 26 adolescentes con DI entre los 13 y 16 años, encontró que una marcada dificultad para la regulación emocional consistía en uno de los principales factores que interfieren en el establecimiento de relaciones interpersonales. Sin embargo, se observó que el empleo de estrategias de comunicación como el diálogo y lenguaje adaptado a su edad resultan ser estrategias eficaces para el manejo emocional (Díaz, 2018).

Con relación a lo anterior, un estudio cualitativo encontró una mejoría significativa en aspectos influyentes en las relaciones interpersonales gracias a la implementación de distintas

técnicas de terapia en PcDI con el fin de trabajar sus HHSS. Este estudio tenía como propósito comprender el efecto que tenían estas técnicas en individuos institucionalizados, encontrando en una evaluación inicial pocas habilidades verbales, una capacidad reducida para comprender mensajes verbales, y demostraban conductas hostiles y de rechazo hacia otros participantes, al igual que inestabilidad emocional. Con base en esto, se encontraron mejorías en el interés por integrarse socialmente, un progreso en la cooperación y en el trabajo en equipo. Además, los participantes mostraron un aumento en cuanto a la regulación emocional, pues lograban un mayor manejo de la frustración, la tolerancia, hubo una mejoría de habilidades reflexivas y un aumento en la autoconfianza y en la autonomía (Foloștină et al., 2015).

Adicional a esto, las HHSS pueden verse impactadas por ciertos aspectos, entre ellos, el nivel de autoestima del sujeto. Por ello, se toma en cuenta un estudio que buscaba determinar el impacto de la resistencia a la influencia de los pares, la autoestima y el género en el desarrollo de HHSS en 93 adolescentes con DI con edades entre los 13 y 18 años. Dicha investigación, aunque no encontró diferencias en el género, si obtuvo que aquellos individuos con una autoestima alta y consolidada presentan mayor capacidad para imponer límites, emplear el diálogo y la expresión de emociones y disconformidad adecuadamente en la comunicación del estado personal al momento de relacionarse con los demás (Jacob et al, 2022).

A partir de lo anterior, se puede decir que, no se encontraron estudios que busquen relacionar variables intrapersonales como lo son el autoconcepto y la autoestima con las HHSS de las PcDI, pues la mayoría de los estudios analizan estas variables de forma independiente (Becerra, 2022; Belmonte Almagro y Bernárdez-Gómez, 2021; Chalk, 2016; Díaz, 2018; Douma et al., 2022; Maïano et al., 2019; Popovici y Buică-Belciu, 2013; Rubio, 2016). Aunque algunos estudios

encuentran en resultados secundarios cierta relación entre autoestima o autoconcepto con las HHSS, esto no se presenta como el propósito final y central del estudio (Davies et al., 2021; Jacob et al, 2022; Popovici y Buică-Belciu, 2013), o bien, pueden llegar a asociar dos de estas variables más no las tres en su totalidad (Jacob et al., 2022). Esta brecha evidencia la necesidad de buscar aquellos aspectos que podrían facilitar la participación social de individuos con DI, y así favorecer el desarrollo de estos.

A parte, existe una amplia cantidad de estudios sobre HHSS en poblaciones infantiles y juveniles con DI, pero el interés se reduce cuando estos llegan a la edad adulta. Esto puede evidenciar que la autoestima y el autoconcepto no han sido objeto de estudio en el adulto con DI, pues no se ha hecho foco en las necesidades de estos frente al momento de desarrollo en el que se encuentran, dejando varios interrogantes respecto al tema (Díaz, 2018; Douma et al., 2022; Jacob et al, 2022; Maiano et al, 2019).

Es por esta razón que surge la siguiente pregunta problema: *¿Cuál es la relación que existe entre el autoconcepto, autoestima y las habilidades sociales en adultos jóvenes con discapacidad intelectual que asisten a un programa de formación para el trabajo en una institución de la ciudad de Cali?*

Con respecto a esta pregunta, se realizó un marco teórico conceptualizando las variables de estudio. De este modo, es importante reconocer que, a lo largo de la historia, la perspectiva de discapacidad se ha transformado, cambiando así la forma en la que son percibidas aquellas personas que presentaban limitaciones en el funcionamiento. Desde el modelo tradicional, las personas con discapacidad eran consideradas como el castigo por haber cometido un pecado e incluso no eran

vistas como personas y, por consiguiente, se podía y tendía a prescindir de estos, ya que se pensaba que su aporte a la sociedad era nulo (AAIDD, 2011; Cuesta et al., 2019; López, 2019).

Posteriormente, surge el modelo médico o rehabilitador, el cual se desarrolló como consecuencia del avance de la medicina y la ciencia. Este modelo percibe a la discapacidad como consecuencia de factores biológicos, orgánicos y hereditarios y, la enfoca como una enfermedad que debe ser tratada, curada o rehabilitada con el objetivo de que estas personas sean miembros productivos de la sociedad. Esta perspectiva “normalizadora” de la discapacidad terminó generando un alto grado de segregación hacia esta población (AAIDD,2011; Cuesta et al., 2019; López, 2019).

En consecuencia, en los años setenta surge el modelo social de la discapacidad, que busca romper con el paradigma de que la discapacidad es consecuencia de las limitaciones del individuo y plantea que la discapacidad se origina debido a las limitaciones del contexto social y físico. Según este modelo, la sociedad no posee los parámetros necesarios para incluir las diversidades funcionales de los individuos, impidiendo así su participación. De modo que, es el contexto social, en términos físicos, simbólicos e incluso culturales los que requieren de cambios para la inclusión de las personas con discapacidad (AAIDD,2011; Cuesta et al., 2019; López, 2019).

Para esta investigación se adoptó una visión actual de la discapacidad, que comprende el funcionamiento humano como multidimensional al contemplar aspectos contextuales, formas de apoyo y otros factores importantes. Dicha perspectiva se denomina modelo biopsicosocial, y logra integrar diversas perspectivas respecto a la comprensión de la discapacidad, donde se toma en cuenta la interacción e influencia de factores como el contexto social y aspectos biológicos e individuales del sujeto. Este considera que el funcionamiento humano implica la interacción

dinámica y recíproca de diversas dimensiones, y resalta la utilización de apoyos en el cumplimiento de las necesidades de las personas con discapacidad. Por lo tanto, es bajo este modelo biopsicosocial que se concibe la DI en este proyecto, donde se tienen en cuenta las esferas de habilidad intelectual, la conducta adaptativa, la salud asociada al bienestar integral del individuo, la participación en ambientes sociales y comunitarios, el contexto referente a la interacción entre ambientes en los que interactúa el sujeto y, los apoyos individualizados dirigidos a incrementar el bienestar de la persona y mejorar su funcionamiento (Arias et al., 2013; AAIDD, 2011; Cuesta et al., 2019; López, 2019).

Por consiguiente, la discapacidad intelectual (DI) se entiende como un trastorno del neurodesarrollo que implica una limitación en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo en dominios tales como el conceptual, social y práctico. Dichas dificultades surgen antes de los 21 años. (AAIDD, 2011; Yáñez, 2016).

De tal modo, las deficiencias en la función intelectual están principalmente asociadas a la capacidad de aprendizaje, dificultades en el razonamiento, planificación, resolución de problemas y estructuración del juicio. Mientras que las limitaciones en el comportamiento adaptativo se evidencian en dificultades para alcanzar los estándares socioculturales y de desarrollo (APA, 2014; Ke & Liu, 2017; Yáñez & Moreno, 2016). De acuerdo con esto, para hacer un diagnóstico de DI es necesario contar con instrumentos estandarizados que midan el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa. El funcionamiento intelectual, se representa en la medida del coeficiente intelectual (CI), para el cual se ha establecido que si un sujeto obtiene una puntuación ubicada dos desviaciones típicas por debajo de la media (lo cual corresponde a un CI por debajo de 70) se establece que su funcionamiento intelectual es bajo (AAIDD, 2011).

Por otro lado, la conducta adaptativa se entiende como la eficacia con la cual el individuo responde satisfactoriamente a los estándares de independencia y responsabilidad individual y social. Esta es presentada como un factor de carácter multidimensional, el cual se ve influenciado por la cultura y está compuesto por habilidades aprendidas de tipo conceptual, social y práctico que permiten al individuo funcionar en la vida cotidiana. De este modo, las habilidades conceptuales hacen referencia a aspectos como el lenguaje, y el pensamiento aritmético entre otras; las HHSS incluyen las habilidades para relacionarse con los otros, el seguimiento de reglas y normas, entre otros. Las habilidades prácticas se relacionan con actividades cotidianas, habilidades ocupacionales, y las rutinas. Por esto, se consideran limitaciones en las conductas adaptativas cuando estas presentan puntuaciones ubicadas a dos desviaciones estándar por debajo de la media en al menos una de las tres dimensiones, teniendo siempre en cuenta las particularidades tanto personales como del entorno de cada individuo (AAIDD, 2011; Krause et al., 2016; Palacio y Menjura, 2019).

A partir de esto y con base en el modelo biopsicosocial, se introduce la importancia de los apoyos individualizados, puesto que estos son aquellas estrategias y recursos que buscan potenciar y promover el desarrollo, la educación, los intereses y en general el bienestar del individuo facilitando y mejorando el funcionamiento de este. Estos se brindan según la necesidad de apoyos, que hace referencia al patrón e intensidad de deben cumplir el sistema de apoyo para facilitar la participación del individuo en el cumplimiento estándar de funcionamiento humano. De esta manera, cabe mencionar un modelo de apoyos que identifica la DI como un estado de funcionamiento donde surge la necesidad de apoyo, la cual se evidencia en el desajuste entre las competencias del individuo y las demandas del entorno. Por tanto, al identificar dicha necesidad se

logra planificar y determinar adecuadamente, la intensidad y el tipo de apoyo que debe ser provisto al individuo para el alcance de resultados personales y mejoría del funcionamiento humano (AAIDD, 2011; Tassé et al, 2016).

Por otra parte, es importante conocer que, la DI se clasifica en función de su gravedad (leve, moderada, grave y profunda) la cual depende de la conducta adaptativa, el funcionamiento intelectual y a los apoyos que necesitará para desenvolverse en su contexto (APA, 2014; AAIDD, 2011; Tassé et al., 2016).

Así, la DI leve presenta dificultades en el dominio conceptual asociadas al aprendizaje de aptitudes académicas, alteraciones en el razonamiento abstracto, planificación, flexibilidad cognitiva y procesos de memoria a largo plazo. En cuanto al dominio social, se les dificulta la percepción de señales sociales y presentan inmadurez en cuanto a las relaciones interpersonales. En el dominio práctico, pueden funcionar adecuadamente, aunque necesitan de apoyo para realizar tareas relacionadas con el hogar, el transporte, toma de decisiones, entre otros (APA, 2014; Ke & Liu, 2017; Yáñez & Moreno, 2016).

En el nivel moderado, los adultos con DI manifiestan en el dominio conceptual habilidades limitadas y, la necesidad de un apoyo continuo y diario para completar tareas cotidianas. En el dominio social, el lenguaje es menos complejo y estructurado que sus iguales y hay limitaciones en el juicio social y la capacidad para tomar decisiones. En cuanto al dominio práctico, el sujeto puede hacerse cargo de sus necesidades personales, pero requiere apoyo para el alcance de su autonomía (APA, 2014; Yáñez & Moreno, 2016).

En cuanto a la DI grave, los individuos requerirán apoyos permanentes y extensos para su funcionamiento conceptual social y práctico. Finalmente, la DI profunda, el sujeto depende de

apoyos para su cuidado físico, de salud y de seguridad, pues, por lo general se presentan alteraciones motoras, sensoriales y físicas (APA, 2014; Yáñez & Moreno, 2016).

Como se ha mencionado anteriormente, la DI impacta diversos aspectos del individuo, entre ellos, el área social y la forma en cómo se relaciona el sujeto y su entorno. De esta forma, las HHSS son entendidas como las capacidades o aptitudes empleadas durante el proceso de interacción del sujeto a nivel interpersonal. Es decir, son comportamientos aprendidos que satisfacen la necesidad de comunicación del individuo, los cuales son puestos en práctica en situaciones de intercambio social, siendo adaptados a cada situación particular y empleados con diferentes objetivos. Asimismo, las HHSS también son comprendidas como un conjunto de comportamientos empleados con el fin de expresar emociones, sentimientos y pensamientos, de modo que, se logre comunicar a los demás el estado interno del individuo al tiempo que se respeta la conducta del otro (Caballo, 2007; Gil y León, 1998; Matson, 2017; Rosmery, 2021).

Acorde a lo anterior, dichas habilidades presentan una serie de características que aportan a la comprensión y conceptualización de estas. En este sentido, las HHSS pueden manifestarse de forma verbal y no verbal, lo que implica la capacidad para interpretar y comprender gestos, movimientos corporales y formas de expresión verbal implicados en los procesos de comunicación, asociados a la intención expresiva del mensaje. De la misma forma, son aprendidas por medio de procesos de socialización entre el individuo y su entorno, presentes a lo largo de su desarrollo (Caballo, 2007; Gil y León, 1998; Matson, 2017; Rosmery, 2021).

Las HHSS no sólo satisfacen la necesidad de comunicación del ser humano, sino que, permiten la interacción adecuada con su entorno, facilitan el encaje en la sociedad, y buscan crear interacciones saludables. De igual forma, dichas habilidades presentan una necesidad de

complementariedad e interdependencia, dado que, es a partir de la retroalimentación y comprensión de lo que el otro quiere comunicar que se logra establecer una relación interpersonal (Caballo, 2007; Gil y León, 1998; Matson, 2017; Rosmery Rosas-Castro, 2021).

Adicionalmente, estas habilidades se componen de una serie de elementos presentes al momento de establecer un proceso de interacción con otro, los cuales son: los componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos. Los factores conductuales son aquellos aspectos comportamentales observables que inciden en la intención comunicativa del individuo, tales como expresiones faciales, posturas, movimientos, y aspectos verbales y paraverbales. El componente cognitivo hace referencia a pensamientos, creencias y percepciones del contexto, del tipo de relación y de la autoeficacia e incluye también, la capacidad de generar empatía. Respecto al componente fisiológico, se entiende como la regulación de activación de respuestas en el organismo resultantes de la interacción (Caballo, 2007; Peñafiel y Serrano, 2010).

Teniendo en cuenta esto, el desempeño del individuo en el empleo las HHSS, depende de la capacidad para adaptar su comportamiento al contexto particular en el que se encuentra, y en el alcance del objetivo de la interacción. Por lo mismo, es importante reconocer que este desempeño se ve influenciado por el contexto social y cultural, ya que definen las formas de interacción particulares esperadas del individuo. De esta forma, se habla de dificultades en el desarrollo y desempeño de las HHSS cuando la expresión de este conjunto de elementos y características no resulta ser la más adecuada y adaptativa posible. Diferente a un sujeto socialmente habilidoso en donde se evidencia una mayor capacidad expresiva, adaptativa al contexto y, una mejor regulación emocional y fisiológica (Caballo, 2007; Peñafiel y Serrano, 2010).

Con base en esto, es fundamental tener en cuenta aspectos como la competencia, la socialización y los roles y expectativas sociales debido al carácter adaptativo que posee el concepto de las HHSS. Así, la competencia es entendida como la capacidad para adecuar el comportamiento a las exigencias del entorno de manera eficaz, teniendo en cuenta la norma social específica a cada contexto, de modo que se logre alcanzar las exigencias del entorno. La socialización implica la comprensión y aprendizaje de aspectos socioculturales, los cuales terminan siendo transformados acorde al contexto en que se encuentre enmarcado el sujeto. Lo anterior, termina por impactar la capacidad de adaptación del sujeto, pues convierte al individuo en una persona capaz de responder a las expectativas sociales. Finalmente, los roles y expectativas sociales juegan un rol importante en los procesos de interacción, ya que estos al darse en función a las expectativas que se tengan del rol que ocupa el individuo, pueden facilitar u obstaculizar la construcción de relaciones interpersonales (Rubio, 2002; AAIDD, 2011).

Con lo anterior, existen entonces diversos factores que influyen en el desarrollo y desempeño de las HHSS, entre ellos, características propias del contexto, del proceso de interacción y aspectos intrapersonales. Así, resulta necesario profundizar en el autoconcepto y la autoestima, que, si bien son conceptos cercanos, son acercamientos distintos a la percepción que se construye de sí mismo. En tal sentido, el autoconcepto se entiende como aquella perspectiva relacionada con aspectos cognitivos, dentro de la cual se encuentran un conjunto de opiniones o ideas de sí mismo. Mientras que la autoestima es entendida como la valoración y el afecto que se tiene sobre la imagen propia, es decir, es la visión afectiva o emocional y de la cual se desprenden juicios de valor que categorizan las creencias del autoconcepto en positivas o negativas (Caballo, 2007; Gil y León, 1998; Matson, 2017; Peñafiel y Serrano, 2010; Perales, 2021; Rosmery, 2021).

Para Oñate (1989) el autoconcepto es una conciencia que proporciona un sentido de identidad al individuo, y por consiguiente direcciona la conducta y a la acción de este. De manera que, el autoconcepto cumple con una función integradora de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental. Por esto, el autoconcepto se entiende como un esquema o sistema cognitivo que abarca todas aquellas ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene sobre sí mismo, así como imágenes que otros tienen de este evidenciada en la respuesta social percibida, y la imagen ideal de sí mismo (Goñi et al., 2008; Oñate, 1989).

Esto implica que el autoconcepto es una estructura de la psiquis del ser humano que se configura gracias a la recopilación e internalización de diferentes experiencias vividas por el individuo en su contexto. Dicho entorno es entendido como los espacios y personas con las que el sujeto interactúa, siendo así de suma importancia las respuestas y la retroalimentación realizada por personas significativas para el individuo en cuanto a las actitudes, relaciones y formas de afrontar su entorno (Goñi et al., 2008; Oñate, 1989).

Además, se retoma lo planteado por Rogers en su teoría de la personalidad, en donde se presenta el autoconcepto como principal explicación de la conducta. Para este autor, esta variable es un eje fundamental en la comprensión que tiene el individuo de su entorno, debido a que es a partir de estas autopercepciones y conocimientos sobre sí mismo que el sujeto se relaciona con el mundo (Frager & Fadiman, 2001; Hall & Lindzey, 1984).

Para comprender el desarrollo del autoconcepto, es necesario comprender que el individuo posee un marco de referencia del cual es el centro. En este sentido, este marco es entendido como la representación interna que el individuo elabora de las experiencias vividas en su entorno. De tal manera que, dichas elaboraciones son realizadas a partir de la interacción de aspectos internos del

sujeto como emociones, sentimientos, sensaciones, y percepciones; y aspectos externos a este, como lo son valoraciones otorgadas por entes significativos o culturales y respuestas ambientales. Por lo tanto, el marco de referencia se comprende como la interpretación personal que el individuo tiene de su realidad (Frager & Fadiman, 2001; Hall & Lindzey, 1984).

Dentro de este marco de referencia, una parte es todo el contenido referente a las representaciones del autoconcepto, en donde se encuentran las percepciones de las características, cualidades, experiencias y capacidades propias; la concepción de sí mismo en relación con otros y el mundo; e ideas sobre sí mismo asociadas con las valoraciones positivas o negativas tanto propias como encontradas en el contexto. En este orden de ideas, el autoconcepto se desarrolla gracias a la interacción que tiene el sujeto con el mundo, y de cómo las experiencias vividas se representan internamente. Igualmente, el autoconcepto, es una totalidad organizada y coherente que determina la conducta y el comportamiento del individuo. Es decir que, las acciones, comportamientos y formas de relacionamiento que el individuo realiza se dan en función a la construcción que tiene de su autoconcepto (Frager & Fadiman, 2001; Hall & Lindzey, 1984)

Adicional a esto, el autoconcepto posee una estructura interna que se ha ido definiendo con propósito de la investigación científica, dividiendo estas percepciones sobre sí mismo en dominios particulares que caracterizan la información contenida en el autoconcepto. Estos son el dominio físico, personal, social y académico. El dominio físico se ha relacionado con autopercepciones de la apariencia, la condición física, la competencia deportiva y los procesos de salud/enfermedad. El dominio personal se relaciona con autopercepciones sobre los valores internos, sentimientos de adecuación como persona y la valoración de su personalidad, y se evidencian las categorías del autoconcepto ético/moral, el afectivo-emocional, relacionado con la autonomía y con la

autorrealización. En cuanto al autoconcepto social se relaciona con las autopercepciones de su competencia social con respecto a las interacciones sociales con otro en función a los contextos, y se encuentran las categorías de aceptación y competencia social. Finalmente, el autoconcepto académico se relaciona con la propia percepción de la competencia académica general y según los dominios lingüísticos, aritméticos, artísticos entre otros (Goñi et al., 2008).

Por otro lado, de acuerdo con la *Prueba de Autoconcepto de Tennessee* con la que se evaluará esta variable, se generan distintos dominios con los que se comprende el autoconcepto. Así, el autoconcepto se compone de dominios internos como lo son la identidad, la satisfacción y la conducta, que evalúan “*qué es lo que soy*”, “*que tan satisfecho estoy conmigo mismo*” y “*que es lo que hago*”, respectivamente. Así como de dominios externos que evalúan el *ser físico*, el *ser ético-moral*, el *ser personal*, el *ser familiar*, y el *ser social*. Estos dominios corresponden a los mencionados anteriormente, donde el ser personal y el ser ético-moral son abarcados por el dominio personal, a excepción del dominio académico que no es tenido en cuenta en la prueba (Fitts y Roid, 1965).

Por otro lado, la autoestima es comprendida como un sistema afectivo-emocional que impacta la forma en que el sujeto se valora a sí mismo y que influye en la manera en que este se relaciona con el mundo y se cree merecedor de vivir ciertas experiencias y sentir diversas emociones. En este sentido, dicho concepto incluye aspectos como la capacidad de considerarse competente para responder a los problemas que supone la vida, confianza en las propias capacidades y tener un sentimiento de que se es merecedor de felicidad (Branden, 1995^a; Perales, 2021).

En el presente trabajo, se adoptó la postura sociocultural de Morris Rosemberg, la cual hace énfasis en la interacción e influencia que posee el entorno sobre la construcción de la autoestima del sujeto. De esta manera, el autor señala que, aspectos como el reconocimiento que otros brindan a la persona, el aprendizaje de experiencias positivas y negativas, las dinámicas sociales y culturales, entre otros aspectos, terminan por influir y dan lugar a la construcción de valoraciones sobre sí mismo (Mruk, 1999; Panesso y Arango, 2017).

Esta perspectiva aporta entonces una nueva forma de comprender la autoestima que se logra coexistir con lo que ya se describió anteriormente. A este concepto, el autor la denomina como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo que se compone de ciertos autovalores centrales que el individuo percibe que posee o debería poseer, la cual es construida a partir de la influencia ambiental que obtiene el sujeto por medio de la interacción con los demás. Dicha actitud, puede transformarse en una ventaja o un limitante de acuerdo a como sean elaboradas y percibidas por el sujeto, impactando de cierto modo, la forma en la que el individuo se desenvuelve en la sociedad. En otras palabras, los individuos realizan valoraciones sobre la imagen que tienen de sí mismos, en donde se encuentran ideales, percepciones, creencias y evaluaciones que el sujeto ha aprendido durante los procesos de socialización y que, influyen en la construcción de una base de referencia con la cual el individuo se mide de forma positiva o negativa (como se citó en Mruk, 1999).

Esta perspectiva aporta entonces una nueva forma de comprender la autoestima que se logra coexistir con lo que ya se describió anteriormente. A este concepto, el autor la denomina como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo que se compone de ciertos autovalores centrales que el individuo percibe que posee o debería poseer, la cual es construida a partir de la influencia ambiental que obtiene el sujeto por medio de la interacción con los demás. Dicha actitud, puede

transformarse en una ventaja o un limitante de acuerdo a como sean elaboradas y percibidas por el sujeto, impactando de cierto modo, la forma en la que el individuo se desenvuelve en la sociedad. En otras palabras, los individuos realizan valoraciones sobre la imagen que tienen de sí mismos, en donde se encuentran ideales, percepciones, creencias y evaluaciones que el sujeto ha aprendido durante los procesos de socialización y que, influyen en la construcción de una base de referencia con la cual el individuo se mide de forma positiva o negativa (como se citó en Mruk, 1999).

En la medida en que la persona sea capaz de evaluarse de manera positiva frente a estos valores, tendrá un nivel alto de autoestima, de lo contrario se espera un resultado bajo o negativo. De acuerdo con esto, Rosemberg describe una perspectiva profundamente social, en la que dicha base de referencia se denomina *self ideal*, mientras que el *self real* es comprendido como la forma actual en la que se percibe el sujeto, y que se compone de creencias, autopercepciones en diferentes dominios y valoraciones de sí mismo. De manera que, entre mayor sea la distancia entre estos dos aspectos, menor será la autoestima, contrario a si se presenta una distancia menor, por lo que se esperaría una mayor autoestima debido a la cercanía entre la representación individual sobre lo que se debería ser y lo que realmente es (como se citó en Mruk, 1999).

Adicionalmente, es importante señalar que la autoestima puede clasificarse como alta o baja. Así, la primera implica confianza en sí mismo, creatividad, independencia, flexibilidad, búsqueda y apertura al cambio, una mayor capacidad de afrontamiento y, sentimientos de valor y competencia. Mientras que, la segunda representa distorsión de la realidad, rigidez, miedo al cambio, represión de emociones y sentimientos, menor capacidad de afrontamiento, desesperanza y poca perseverancia. Según lo anterior, se resalta entonces la influencia de procesos sociales,

culturales, familiares, interpersonales e individuales en la construcción de la autoestima (Branden, 1995b; Mruk, 1999; Panesso y Arango, 2017).

Acorde con lo anterior, se puede decir que, una autoestima bien consolidada le permite al ser humano obtener nivel de funcionamiento eficaz debido a la participación que presenta en el desarrollo de la autoeficacia, comportamientos saludables y adaptativos y, sentimientos de valor hacia sí mismo. Por esto, niveles bajos de autoestima resultan ser nocivos para el individuo, generando motivaciones negativas, conductas autodestructivas e incluso poner en riesgo la vida del sujeto (Branden, 1995b; Mruk, 1999; Panesso y Arango, 2017).

La autoestima se ve afectada en la población con DI debido a los altos índices de aislamiento social y discriminación, impactando directamente la autopercepción y aceptación de sí mismo. Esto afecta el desarrollo adecuado de esta, predisponiendo así, a la presencia de niveles bajos de autoestima en esta población (Becerra, 2022; Cárdenas, 2022; Davies et al., 2021; Rubio, 2016). Con esto, el autoconcepto y la autoestima juegan un papel fundamental en el desarrollo de ser humano y en el desenvolvimiento de este en su entorno, brindando relevancia al estudio de estas variables para los procesos de inserción y ajuste en las PcDI a su contexto sociocultural.

Considerando esto, se planteó como objetivo general, determinar si existe una relación entre el autoconcepto, la autoestima y las habilidades sociales en adultos jóvenes con discapacidad intelectual que asisten a un programa de formación para el trabajo en una institución de la ciudad de Cali. Para responder a este objetivo se planteó tres objetivos específicos. En primer lugar, se caracterizó el autoconcepto y la autoestima en los adultos jóvenes con discapacidad intelectual, seguido de esto, se buscó identificar las habilidades sociales de los adultos jóvenes con

discapacidad intelectual y, por último, identificar correlaciones entre autoestima, autoconcepto, y las habilidades sociales en los adultos jóvenes con discapacidad intelectual.

Con base en esto, se plantearon las siguientes hipótesis: primero, existe una correlación entre las variables de autoestima, autoconcepto y HHSS, puesto que los distintos estudios han evidenciado que estas se influyen mutuamente (Becerra, 2022; Chalk, 2016; Davies et al., 2021; Jacob et al., 2022; Perales, 2021; Rosmery, 2021). En segundo lugar, se hipotetiza que, existe una correlación directa entre las variables de autoestima y las HHSS; tercero, existe una correlación directa entre autoconcepto y HHSS. Las anteriores surgieron debido a que, según la literatura revisada, se observa que, a un mayor desarrollo de la autoestima y el autoconcepto, se obtendrá un mejor desempeño en las HHSS acorde a factores de seguridad y confianza en sí mismos para explorar e integrarse en situaciones sociales, mejor capacidad de regulación emocional, entre otros (Becerra, 2022; Caballo, 2007; Chalk, 2016; Davies et al., 2021; Díaz, 2018; Gil y León, 1998; Jacob et al., 2022; Matson, 2017; Peñafiel y Serrano, 2010; Perales, 2021; Rosmery, 2021; Rubio, 2016).

Conociendo esto, es evidente que las PcDI presentan ciertas barreras a nivel social en su vida cotidiana, entre ellas, dificultades en la integración en ambientes académicos y laborales debido a la falta de preparación y adaptación de estos espacios, para satisfacer las necesidades particulares de esta población. Esto, también se ve influenciado por problemas sociales de la estigmatización y discriminación hacia estas personas, ya que suelen percibirlos como incapaces de desenvolverse apropiadamente en espacios sociales, optando por aislarlos de la sociedad y privándoles de su participación en ella. Siendo así, estas barreras se complejizan por las dificultades propias de la DI en diferentes dimensiones del ser humano. Por este motivo, la capacidad para

establecer y mantener relaciones interpersonales, la comprensión adecuada de conceptos fundamentales y aspectos como la autonomía y la autorregulación se ven limitados. Asimismo, factores intrapersonales como el autoconcepto y la autoestima se ven atravesados por las experiencias personales de estos individuos, las cuales pueden encontrarse mayormente asociadas a estas barreras en procesos de inclusión en diversos contextos.

Teniendo en cuenta esto, resulta importante observar la posible relación existente con autoconcepto, autoestima y capacidad intelectual respecto a las HHSS de estos individuos. Dado que, ofrecería una nueva comprensión de dichas dificultades, considerando otros posibles factores influyentes, entre ellas, las variables intrapersonales como objeto de intervención. Más aún, brinda una perspectiva más integral de análisis que favorece los procesos de inclusión de la población con DI en espacios culturales, laborales y académicos, así como su desarrollo personal y de su autonomía. De esta manera, a nivel social busca aportar a la población con DI, considerando que las HHSS se convierten en un eje fundamental en la inclusión de estas personas en diferentes entornos y así, favoreciendo y facilitando su participación social. A nivel conceptual, el estudio busca explorar la relación entre variables que pueden afectar la población adulta con DI. Esto con el fin de que, se busque el desarrollo del comportamiento adaptativo por medio de la inclusión en contextos sociales que favorezcan el aprendizaje y fortalecimiento de este, dignificando a la PcDI.

Lo anterior se ve sustentando por la Ley Estatutaria 1618 de 2013, en donde se expresa una preocupación por garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, centrándose en los principios de la dignidad humana, de independencia y autonomía individual, inclusión, accesibilidad y participación de las PcDI en diferentes contextos sociales. A su vez, se tiene en cuenta con el Acuerdo 382 de 2014 de Santiago de Cali con el cual se busca impulsar el

desarrollo de las personas con discapacidad como sujetos autónomos en capacidad de ejercer sus derechos y deberes como ciudadanos (Consejo de Santiago de Cali, 2014).

Finalmente, el presente trabajo se articula con el grupo de investigación de BITACUS, considerando que, se adhiere al propósito de este, el cual busca la evaluación de variables psicosociales para contribuir a las necesidades de la población colombiana. Por consiguiente, el proyecto encuentra afinidad en la línea de investigación de neuropsicología, debido al interés que presenta por la población diagnosticada con trastornos del neurodesarrollo, específicamente, la DI, asociándose así con el área de la neuropsicología clínica.

Método

Diseño

Este estudio es de carácter cuantitativo y tuvo una metodología de tipo no experimental, transversal-correlacional, ya que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento de la investigación y se buscó realizar la descripción de las variables de interés y observar las relaciones existentes entre ellas. (Hernández et al, 2014).

Variables de estudio

Para el presente estudio se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas tales como sexo, edad, estrato socioeconómico, y tipo de programa al cual asisten los participantes; al igual que las variables de análisis descritas en la siguiente tabla.

Tabla 1

Variables de estudio

Variable	Definición	Definición operacional
Auto concepto	Sistema cognitivo compuesto de opiniones, ideas y creencias que el sujeto tiene de sí mismo y que, se encuentran acompañadas de imágenes que otros tienen de este. Está compuesto por diversos dominios, entre ellos, el físico, personal, social y académico y, se desarrolla a partir de la interacción entre el sujeto y su entorno social (Goñi et al., 2008).	Prueba de Autoconcepto de Tennessee que evalúa las dimensiones social, académico, emocional, familiar y físico. Brinda un puntaje global de autoconcepto y por dimensión (Fitts y Roid, 1965).
Autoestima	Sistema afectivo-emocional que comprende la valoración y el afecto que se tiene sobre la imagen construida de sí mismo. Es la visión emocional, de la cual se desprenden juicios que categorizan las creencias e ideas del autoconcepto en positivas o negativas. Esta se desarrolla por medio de la interacción sujeto-ambiente (Branden, 1995a; Mruk, 1999).	Escala de autoestima de Rosemberg que evalúa sentimientos de confianza y respeto de sí mismo. Se obtiene un nivel alto con un puntaje entre 30 a 40, media de 26 a 29 y baja menos de 25 (Rosemberg, 1965).

Habilidades sociales

Capacidades o aptitudes empleadas durante el proceso de interacción del sujeto en contextos sociales. Son comportamientos aprendidos que satisfacen la necesidad de comunicación del sujeto, siendo estos, adaptados a cada situación particular y empleadas con diferentes objetivos (Caballo, 2007; Gil y León, 1998; Matson, 2017; Rosmery, 2021).

Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein que evalúa la competencia y desempeño en relación con las HHSS. Se obtiene un excelente nivel en habilidades sociales cuando obtiene un puntaje de 205 o más, bueno de 157 a 204, normal de 78 a 156, bajo de 26 a 77 y deficiente de 0 a 25 (Goldstein, 1978).

Nota. Autoría propia (2023).

Participantes

La muestra de este proyecto estuvo compuesta por 25 participantes diagnosticados con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre los 18 y 40 años, vinculados al Instituto Tobías Emanuel y que se encuentran inscritos en el programa de formación para el trabajo y desarrollo humano. Para incluir a los participantes en la muestra se establece como criterios de inclusión: contar con una evaluación estandarizada de capacidad intelectual con la *Escala de Inteligencia para Adultos III o IV (WAIS-III / WAIS - IV)*, con un puntaje de CI comprendido entre 70 y 55, siendo estos obtenidos a partir de la base de datos de la institución; y, contar con habilidades de lectura básica. No se incluyeron en la muestra aquellos participantes con comorbilidades psiquiátricas, con discapacidades múltiples o con diagnóstico de discapacidad intelectual grave y profunda.

Por otra parte, se empleó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014), la cual se utilizó debido a la facilidad de acceso y proximidad de la

población objeto de estudio gracias al vínculo establecido entre la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y el Instituto Tobías Emanuel.

Instrumentos

Para la medición de las variables se utilizaron instrumentos validados y adaptados en América Latina. A continuación, se describen las propiedades psicométricas y los constructos que estos instrumentos miden.

Escala de Autoestima de Rosemberg: es una escala tipo Likert que consiste en un cuestionario compuesto por 10 ítems enfocados en evaluar sentimientos de confianza y respeto de sí mismos (ver anexo A). Asimismo, los ítems del 1 al 5 se puntúan de 4 a 1 y, los ítems del 6 al 10 de 1 a 4. Se considera una autoestima elevada cuando se obtiene un puntaje entre 30 a 40 puntos, una autoestima media cuando se alcanza una puntuación entre 26 a 29 y, una autoestima baja cuando el resultado es menor a 25 puntos. La escala ha sido traducida y validada al castellano, presentando un grado de fiabilidad 0,80 (Rosemberg, 1965). Esta escala será aplicada a la población diagnosticada con DI.

Prueba de Autoconcepto de Tennessee: es una escala de 100 ítems tipo Likert que evalúan el autoconcepto externo e interno de la persona, en donde el interno consta de dimensiones como identidad, la satisfacción consigo mismo, y la conducta; y el externo consta de las dimensiones física, ético-moral, personal, familiar y social (ver anexo B). Esta prueba cuenta con diferentes formas de calificación utilizadas en función de la profundidad del análisis que se planea hacer del participante, por lo cual para este proyecto se utilizará la forma de consejería que abarca 14 escalas básicas que evalúa la prueba. Esta prueba cuenta con un nivel de confiabilidad de 0,88 para la

calificación total (Fitts y Roid, 1965). Esta escala será aplicada a la población diagnosticada con DI.

Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein: es una escala compuesta por 50 ítems tipo Likert que tiene como propósito evaluar la competencia y desempeño en relación con las habilidades sociales, las cuales se componen de áreas tales como habilidades sociales básicas, avanzadas, relacionadas con los sentimientos, alternativas a la agresión, de afrontamiento y planificación (ver anexo C). Esta escala será diligenciada por vía telefónica por un cuidador primario de los participantes. La forma de calificación comprende de una puntuación máxima de 5 y un puntaje mínimo de 1 en cada ítem. De modo que, una persona presenta un excelente nivel en habilidades sociales cuando obtiene un puntaje de 205 puntos o más, un buen nivel con un rango 157 a 204, un puntaje normal cuando se encuentra entre 78 a 156 puntos, un bajo nivel con un puntaje directo de 26 a 77 y un nivel deficiente de 0 a 25. Esta prueba cuenta con un grado de confiabilidad 0.92 (Goldstein, 1978).

Análisis de Datos

Para llevar a cabo el análisis de datos se empleó la plataforma IBM SPSS Statistics v28 en la cual se realizó, en primer lugar, un análisis descriptivo de frecuencia para las variables sociodemográficas ordinales (estrato socioeconómico) y nominales (tipo de programa, sexo). Mientras que para las variables de escala como la edad y el CI se llevó a cabo un análisis de medidas de tendencia central. Seguido de esto, se realizó un análisis descriptivo de las variables de autoestima, autoconcepto y HHSS con las puntuaciones directas, donde se evidenciaron las medidas de tendencia central de cada una. Adicionalmente, se transformaron las variables de escala a ordinales al establecer puntos de cohorte con el fin de categorizar las puntuaciones obtenidas en

niveles de desempeño. Los parámetros para la clasificación de las variables de autoestima y HHSS son brindados por las pruebas, mientras que, para autoconcepto, los puntos de corte se establecieron con puntuaciones de dos desviaciones estándar por debajo y por encima de la media para los niveles bajo o alto, respectivamente. Con estas variables transformadas se generaron análisis de frecuencia.

Posterior a esto, para el análisis inferencial se llevó a cabo el test de Shapiro-Wilks para comprobar la distribución normal de la muestra. En función a este resultado se aplicaron pruebas paramétricas de correlación de Pearson a las variables principales del estudio (autoconcepto, autoestima, HHSS), y luego los dominios individuales del autoconcepto con la autoestima y HHSS.

Procedimiento

Esta investigación se realizó en 4 momentos principales. El primer momento consistió hacer una revisión de las bases de datos del Instituto Tobías Emanuel con el fin de extraer aquellos individuos que cumplieran con los criterios de inclusión, construyendo así una base de datos inicial. Posteriormente se contactó con los participantes y los cuidadores legales de estos, a los que se les informó sobre los objetivos de investigación y se les proporcionó un consentimiento informado a quienes aceptaron participar de esta.

En el segundo momento se realizó la evaluación de las variables de autoconcepto, autoestima y HHSS. Para las primeras dos variables se administraron las escalas de manera individual, proporcionando un tiempo estimado de 1 hora por participante. Teniendo en cuenta que, la población objeto de estudio pertenece a un programa de formación para el trabajo llevado a cabo en el instituto Tobías Emanuel, la recolección de datos se realizó en este mismo lugar durante los horarios disponibles de los participantes, por lo cual, no se requirieron compensaciones económicas ni alimentarias. Por otro lado, la escala de HHSS se administró a través de llamada telefónica a un

cuidador legal de cada participante, para lo que se implementó un tiempo aproximado de 15 minutos para esta escala. Estos dos momentos fueron llevados a cabo desde el mes de agosto, hasta mediados del mes de octubre.

El tercer momento consistió en el análisis de los datos obtenidos, llevado a cabo desde principios de octubre hasta noviembre, mes en el que se entregó la versión final del documento para su respectiva evaluación. Finalmente, se plantea un cuarto y último momento en el cual se realizará la devolución de resultados a los participantes por medio de una infografía o video que muestre los hallazgos más significativos a través de un formato que facilite la comprensión de estos. De esta manera, dicho material se dejará a disposición de la institución para que sea esta quien determine su finalidad. En caso de ser requerido, se realizará una socialización presencial en el instituto con los involucrados para mayor acompañamiento y comprensión de la información.

Consideraciones Éticas

Este estudio se encuentra planteado en función a las consideraciones éticas de la Ley 1090 del Ministerio para la protección social de Colombia, la Resolución 8430 del Ministerio de Salud, y el Manual Deontológico y Bioético del Profesional de Psicología. Estos marcos regulan el ejercicio profesional de psicólogos en Colombia a través de las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología y la investigación en seres humanos, con la finalidad de garantizar el principio de beneficencia, no maleficencia y autonomía (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019; MINSLUD, 2006; MINSALUD, 1993).

De igual forma, al ser las PcDI una población vulnerable, se tienen en cuenta consideraciones adicionales, tales como aplicar un consentimiento informado en el que la persona que ejerce la representación legal de los participantes, así como la certificación provista por un

experto de las capacidades de entendimiento, razonamiento y lógica de los participantes. Por tanto, con el fin de minimizar riesgo se buscará garantizar una comprensión en los participantes y en los representantes legales de estos, sobre los objetivos de la investigación y los instrumentos a utilizar, utilizando dos versiones de consentimiento informado, una completa (ver anexo D) y detallada, y una en formato de lectura fácil con el fin de facilitar el proceso de comprensión en los participantes (ver anexo E). Asimismo, durante el proceso de aplicación de escalas se brindará acompañamiento y resolución de dudas a los participantes según lo requieran (MINSLUD, 2006).

Por tal motivo, la decisión sobre la participación en este proyecto será completamente personal, libre y voluntaria, y el consentimiento para el tratamiento de datos podrá ser retirado en cualquier momento si el participante o representante legal así lo deseara. Igualmente, los datos personales de los participantes y la información obtenida serán completamente confidenciales, por ende, el nombre y los datos de identificación serán reemplazados por códigos en el análisis de datos, garantizando así la confidencialidad, y el anonimato de los participantes (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019; MINSLUD, 2006; MINSALUD, 1993).

Como se mencionó anteriormente, el participante no recibirá algún tipo de beneficio económico, por tanto, no se les brindará compensaciones para el transporte puesto que la recolección de datos se realizará en el instituto al que asisten con regularidad. Además, no se ofrecerán beneficios alimentarios como refrigerios. Sin embargo, los participantes obtendrán como beneficio los resultados de la investigación y el aprendizaje que se tenga de las relaciones de las variables en la forma de comprensión de su diagnóstico. De modo que, este proyecto ofrecerá aportes a la implementación de intervenciones más integrales en pacientes diagnosticados con DI

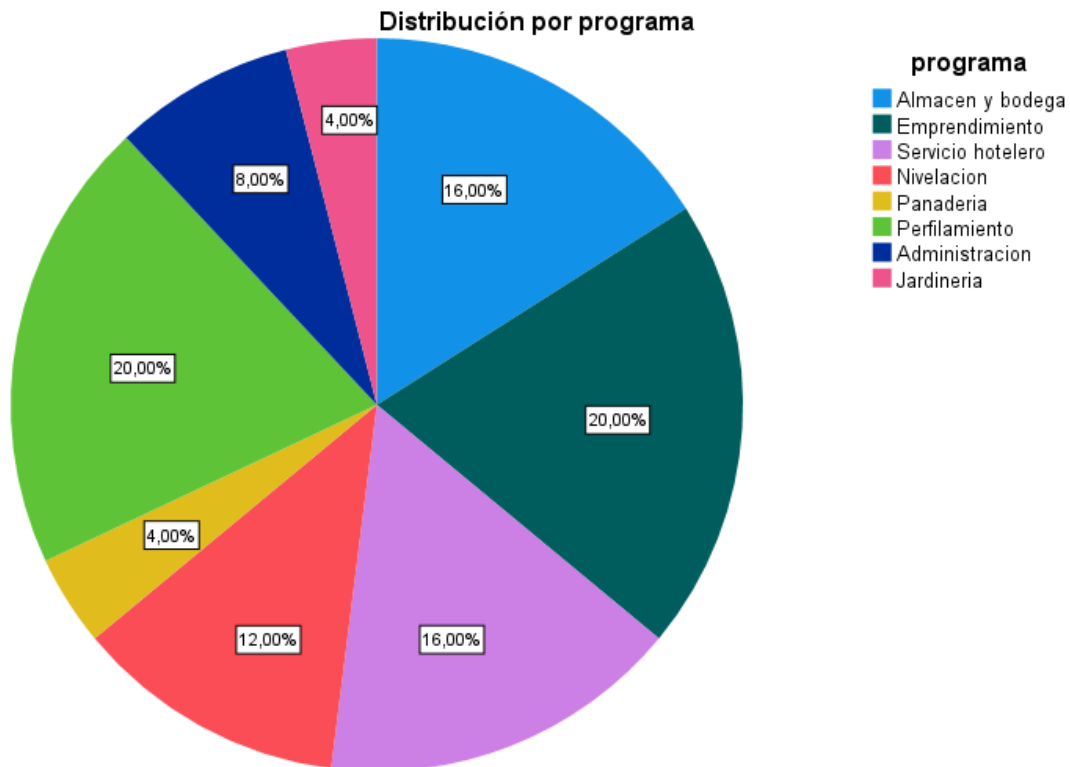
y el ofrecimiento de herramientas de apoyo a cuidadores y profesionales por medio de la consideración de la importancia del abordaje de variables como la autoestima y el autoconcepto.

Finalmente, esta investigación es no invasiva, es decir, las probabilidades de presentar algún tipo de riesgo para el bienestar físico, psicológico o emocional de los participantes es mínima, y estos solo se vincularán a la investigación al expresar su deseo de participar mediante el consentimiento informado del participante y del representante legal de este (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2019; MINSLUD, 2006; MINSALUD, 1993).

Resultados

Para realizar este estudio, la muestra estuvo conformada por 25 participantes caracterizada por tener una media de edad de 19,8 años y un máximo de 28 años. En cuanto al CI se obtuvo $M = 60,45$ y una $DE = 9.48$ puntos en las escalas de inteligencia para adultos (WAIS III o IV), ubicando a la mayor parte de la muestra en un grado de severidad leve. El 68% pertenecen al sexo femenino y el 32% al sexo masculino. De igual forma, los estratos socioeconómicos a los que pertenecen los sujetos son estrato 3 el cual se encuentra en primer lugar con 40%, seguido del estrato 2 con un 36% y, por último, el estrato 1 con un 24%. Por otra parte, la muestra pertenece a un programa de formación para el trabajo conformado por 6 cursos, la mayoría de los participantes se tomaron de los programas de nivelación y perfilamiento dado que son de carácter obligatorio. Así, se puede observar en la figura 1 que las clases de emprendimiento y perfilamiento son aquellas que cuentan con la mayor parte de estudiantes con un 20% para cada una de ellas. Mientras que, los programas de panadería y jardinería son los menos cursados por los participantes de la muestra representando un 4% para ambas.

Figura 1. Recuento de programas



Ahora bien, en respuesta al primer objetivo, que tenía como propósito caracterizar el autoconcepto y la autoestima. Para la variable de autoestima se obtuvo un puntaje mínimo de 21 puntos y un máximo de 40 en una escala de 0 a 40, con una $M= 30,56$ evidenciando una autoestima elevada y una $DE= 4,5$. En relación con el autoconcepto, se obtuvo un puntaje total mínimo de 254 puntos y un máximo de 349 puntos, una $M= 303,64$ para un nivel de autoconcepto medio y una $DE= 29,36$.

Por otra parte, en relación a los niveles de desempeño obtenidos, se encontró que, en la muestra predomina un nivel alto para la variable de autoestima con un 60%, seguido de una autoestima media con 24% y un nivel bajo con un 16%. En cuanto al desempeño obtenido para la variable de autoconcepto se observó en primer lugar, un nivel bajo con un 68% y un nivel medio con un 32%, por tanto, para esta variable no se obtuvo un nivel alto de desempeño.

De esta última variable mencionada es importante aclarar que se compone de 8 dominios, tres de ellos internos y cinco externos, a los cuales también se les realizó un análisis descriptivo para conocer cómo se comportaban en la muestra escogida. De esta forma, al primer conjunto de dominios se puede evidenciar que aquel que alcanzó la M más alta fue el dominio de satisfacción con 108,08 puntos. Este se relaciona con la satisfacción que el sujeto presenta consigo mismo, sus alcances y logros, así como su desempeño en diversos aspectos y confianza en sus habilidades. En cambio, el dominio de identidad relacionado con características propias del sujeto y su forma de ser obtuvo una M= 92,40 puntos, siendo así, el más bajo de estos. En la tabla 1 se muestran los puntajes mínimos, máximos, las medias y DE obtenidas para cada uno de los dominios internos.

Tabla 1.

Dominios internos de autoconcepto

	Mínimo	Máximo	M	DE
Identidad	76,00	110,00	92,400	8,660
Satisfacción	82,00	128,00	108,00	14,124
Conducta	76,00	132,00	103,00	13,266

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los dominios externos, se encontró que el dominio físico obtuvo un M= 66,36 puntos, el cual se encuentra asociado a la percepción y comodidad que tienen con su cuerpo y aspecto físico. Mientras que, el dominio familiar alcanzó una M=66,36 puntos, siendo este aquel que obtuvo un mayor desempeño en la muestra encuestada. En la tabla 2 se muestran los puntajes mínimos, máximos, las medias y DE obtenidas para cada uno de los dominios.

Tabla 2.

Dominios externos de autoconcepto

	Mínimo	Máximo	M	DE
Autoconcepto físico	37,00	68,00	53,36	6,836
Autoconcepto ético	45,00	78,00	61,28	8,478
Autoconcepto personal	42,00	72,00	57,68	6,574
Autoconcepto familiar	49,00	80,00	66,36	7,515
Autoconcepto social	40,00	76,00	61,96	9,121

Fuente: elaboración propia

Para el segundo objetivo, que buscaba identificar las habilidades sociales en la muestra seleccionada, se logró evidenciar un puntaje mínimo de 100 puntos y un máximo de 220 en una escala de 0 a 250 puntos en total, una $M=158,52$ y una $DE= 33,04$. Adicional a esto, se encontró que el 52% de los participantes evidencian un nivel de HHSS alto, mientras que el 48 % restante obtuvieron un nivel medio.

Por último, en relación al tercer objetivo que tenía como fin identificar las correlaciones entre el autoconcepto, autoestima y HHSS, donde se evidenció que entre el autoconcepto y las HHSS hubo una correlación fuerte (valores entre 1 y 0.5) con un valor de $r_{(23)} = -,606$ y estadísticamente significativa ($p=,001$). Lo anterior indica que se observa una relación inversa entre el nivel de autoconcepto general y las HHSS, es decir, a mayor nivel de autoconcepto, menores son las HHSS y a medida que el nivel de autoconcepto disminuye aumentan las HHSS. Ver tabla 3.

Tabla 3.

Correlación de variables

		Autoconcepto	Autoestima	Habilidades Sociales
Correlación de Pearson (r)	Autoconcepto	-	,093	-,606**
	Autoestima	,093	-	-,005

Habilidades			
Sociales	-,606**	-0,005	-

Nota: ** la correlación es significativa p -valor $<0,0$

Discusión

Este proyecto tuvo como objetivo general determinar si existe una relación entre el autoconcepto, la autoestima, y las HHSS en una muestra de adultos jóvenes con discapacidad intelectual que asisten a un programa de formación para el trabajo en una institución de la ciudad de Cali. En el cual se logró dar respuesta a los tres objetivos específicos planteados, los cuales eran caracterizar el autoconcepto, la autoestima y la capacidad intelectual en los adultos jóvenes con discapacidad intelectual; identificar las habilidades sociales de los adultos jóvenes con discapacidad intelectual; e identificar correlaciones entre autoestima, autoconcepto, y las habilidades sociales en los adultos jóvenes con discapacidad intelectual.

Así, con respecto autoconcepto se encontró que la muestra evaluada presenta niveles medios y bajos de autoconcepto, encontrándose la mayoría en un nivel bajo. Esto contrasta Douma et al (2022) y Maïano et al (2019), quienes encontraron en sus revisiones sistemáticas que la población con DI que se encuentra en ambientes de educación especial presenta niveles neutros de autoconcepto. Con este resultado es importante retomar la idea de que el autoconcepto es una estructura psíquica que se construye a partir de las experiencias vivida por el individuo, y que por ende es una estructura que se mantiene en el tiempo y resulta más estable que variables como la autoestima. Esto implica que, si bien el autoconcepto puede mejorar y equilibrarse, este proceso es complejo de llevar a cabo y toma tiempo, razón por la cual se sigan evidenciando puntuaciones bajas del mismo, concordando de igual forma con lo mencionado por Popovici & Buică-Belciu (2013) en cuanto a que en las PcDI se evidencia una construcción lenta de esta estructura (Frager & Fadiman, 2001; M. del P. Oñate, 1989).

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que, por su condición de discapacidad, las PcDI se deben enfrentar a numerosas situaciones de discriminación que han marcado la experiencia con la que se fundamenta su autoconcepto, por lo cual no es extraño encontrar autoconceptos con niveles de desempeño bajos. No obstante, el panorama con respecto al autoconcepto no resulta totalmente negativo, puesto que durante la aplicación del cuestionario varios participantes respondieron de forma positiva a uno de los ítems que evaluaba la satisfacción consigo mismos, así como al revisar las puntuaciones directas obtenidas por los participantes en la prueba de autoconcepto se evidencian puntajes en el límite entre puntajes bajos y medios. Esto podría relacionarse precisamente a las características del entorno cuando este es una institución especializada, que logra tanto ampliar las oportunidades a las que pueden acceder, como generar espacios de participación social que les permitan a las PcDI ampliar las experiencias con las cuales favorecer la construcción de un autoconcepto equilibrado (Belmonte y Bernárdez-Gómez, 2021; Douma et al., 2022; España y Varón, 2022; Mañano et al., 2019).

En relación con esta variable, es importante mencionar la correlación inversa encontrada con la variable de HHSS que se valoró alta, lo cual, contrario a lo esperado y encontrado en la literatura revisada suscita preguntas alrededor de la confiabilidad de realizar estudios empleando la perspectiva de un tercero, más que la del propio individuo (Molero et al, 2014). De este modo, el hecho de que los informantes sean los familiares suscita la posibilidad de que exista un grado de desconocimiento acerca de lo que son realmente unas HHSS adecuadas, puesto que, los encuestados conocen al sujeto con DI en un contexto cotidiano, familiar y seguro. Por tanto, la percepción acerca de su capacidad para relacionarse con los demás puede verse sesgada a su experiencia directa con PcDI y se desconoce, el comportamiento real en situaciones no cotidianas,

ya que un nivel alto en estas habilidades va más allá de identificar que el comportamiento se presente. En cambio, incluye la comprensión de este, su finalidad y capacidad para manipular la intención y forma en que se expresa dicha actitud para que se pueda concluir que se presenta un desempeño alto para esta variable (Caballo, 2007; Peñafiel y Serrano, 2010).

Los procesos de socialización implican la comprensión y aprendizaje de aspectos socioculturales, los cuales son manipulados y transformados acorde a la necesidad del sujeto y el contexto en el cual se encuentre inmerso. Contrario a lo encontrado, puede que en los resultados cuantitativos demuestren que los participantes presentan un nivel alto de HHSS, pero el discurso experiencial de los familiares encuestados permite poner en duda realmente, la capacidad para estos individuos con DI para realizar abstracciones más complejas en relación con lo que implica interactuar con otro. Es decir, puede que diversos comportamientos asociados a las HHSS se presenten, pero en qué medida son entendidos objetivamente hablando, como una capacidad adecuada y bien desarrollada (Rubio, 2002; AAIDD, 2011).

Sin embargo, con esto no se busca afirmar que las PcDI presentan un nivel de desempeño bajo para las HHSS, por el contrario, y cumpliendo la hipótesis planteada en un principio, se conoce que el desarrollo que estos sujetos puedan presentar en esta habilidad puede llegar a ser independiente al grado de severidad con el que se encuentran diagnosticados, dando lugar a una perspectiva más flexible acerca de la DI y su forma de abordaje (AAIDD, 2011; Krause et al., 2016; Palacio y Menjura, 2019).

Por último, se encontró que la muestra obtuvo un nivel de desempeño alto y medio para la variable de autoestima, sin embargo, dichos resultados resultan ser contradictorios con lo encontrado por Rubio (2016), donde parece que a medida que aumenta la edad la autoestima

disminuye debido al posible incremento de la constante comparación con el imaginario de un adulto independiente y con mayor responsabilidad. En este sentido, conviene mencionar que la muestra de estudio pertenece actualmente a un programa de formación para el trabajo, el cual, según investigaciones, no sólo aporta a que las PcDI desarrollen habilidades para la vida y obtengan recursos útiles a poner en práctica en el ámbito laboral, sino que también contribuye a que se consolide un mayor sentimiento de autonomía (Palacio et al., 2022).

De igual forma, la pertenencia a un ambiente libre de comportamientos de discriminación, aislamiento social y estigmatización facilita procesos de inclusión e identificación con el grupo de pares, aportando positivamente a la construcción de una autoestima alta. Así pues, la participación en un programa de formación para el trabajo se convierte en este caso en una forma de promover la participación social del individuo con DI en la sociedad, disminuye las barreras de participación sociolaboral y aporta, a que se trabajen de manera simultánea en otro tipo de habilidades como las necesarias para establecer mejores relaciones interpersonales e incluirse en entornos sociales con mayor confianza (Palacio et al., 2022). De tal forma, el fortalecimiento de la dignidad personal, el incremento de creencias acerca de capacidad para realizar tareas complejas y aumentar su autosuficiencia por medio del aprendizaje y especialización de habilidades y capacidades, permite el alcance un sentimiento de orgullo de sí mismos (Palacio et al., 2022; Zapata, 2014).

Adicional a esto, el hecho de presentar un nivel alto de autoestima representa una mayor capacidad de afrontamiento y la disminución de sentimientos de vergüenza acorde con lo encontrado por Davies et al. (2021). Lo anterior se pudo observar no sólo a través de los puntajes obtenidos en la muestra estudiada, sino también por medio de verbalizaciones durante la aplicación de los cuestionarios donde afirmaban estar satisfechos con la persona que son actualmente,

describiendo sentir orgullo de sus logros, sus capacidades para comunicarse con los demás, el nivel de independencia que han obtenido gracias al programa y que, no se rinden fácil frente a los retos o dificultades. Teniendo en cuenta, estos relatos que se suscitan de las preguntas, se podría inferir que la muestra ha alcanzado la capacidad de evaluarse de manera positiva frente a los valores y creencias construidas socialmente acerca de sí mismos, de modo que muestran gran aceptación de lo que han logrado y de los aspectos que aún tienen por mejorar (Branden, 1995b; Mruk, 1999; Panesso y Arango, 2017).

Por tanto, dichos niveles altos para esta variable se pueden explicar debido a que la muestra ha incorporado su diagnóstico dentro de su vida, lo han convertido en un aspecto fundamental de su identidad y lo aceptan de tal forma que se ha convertido en un factor de protección para el alcance de una valoración positiva de sí mismos. Lo anterior, se relaciona con lo encontrado por Chalk (2016), donde se muestra que aquellos que se incluyen su situación de discapacidad dentro de su identidad, se alejan de tener una identidad marginada y lograr una mayor pertenencia a un grupo.

Asimismo, se conoce que la variable de autoestima es un factor que se construye por medio de procesos de interacción con el ambiente, donde la elaboración de creencias y su influencia en el sujeto, el reconocimiento que otros brindan, el lugar que se ocupa en la sociedad, las experiencias de aprendizaje y las dinámicas sociales aportan a esa valoración de sí mismo. Por lo que, un contexto que promueve el alcance de logros individuales y fortalece la autoeficacia en la persona, se convierten en un factor protector de la autoestima. Planteado de esta manera pareciera que, aunque el CI puede influir en el sujeto en cuanto a la comprensión de ciertos temas y el aprendizaje y dominio de ciertas tareas y habilidades, la autoestima se configura de manera diferente,

sugiriendo que la capacidad intelectual y la autoestima, son independientes la una de la otra. Puesto que, mientras una variable se relaciona con un campo más interaccional y social que da lugar a la posibilidad de construir una valoración positiva, la otra se relaciona con un aspecto más orgánico, madurativo, biológico y estable en el tiempo (AAIDD, 2011; Krause et al., 2016; Mruk, 1999; Palacio y Menjura, 2019; Panesso y Arango, 2017).

Por otra parte, no se encontró una correlación directa entre las variables de autoestima y HHSS, lo cual no concuerda con lo encontrado en diversos de los estudios donde el resultado esperado es que sí existe una relación positiva entre ambos aspectos (Davies et al., 2021; Jacob et al, 2022; Popovici y Buică-Belciu, 2013). Sin embargo, se encontró una investigación realizada por León y Lacunza (2020), donde demuestra que no existe una relación entre las HHSS y la autoestima, mencionando que la deficiencia en la primera de estas se debe un pobre repertorio de habilidades. Cabe resaltar que en esta investigación la aplicación de los instrumentos fue a los niños participantes, a diferencia de este proyecto en donde es a partir del reporte de los cuidadores primarios el desempeño de las HHSS de los participantes. De acuerdo con esto, la ausencia de relación se debe a una dificultad en la lectura de señales sociales y una limitación en la capacidad para elaborar y construir una respuesta que permita una interacción satisfactoria, más que por una valoración baja o negativa de sí mismo (León y Lacunza, 2020).

En relación con esto, para la muestra estudiantil puede llegar a inferir que, aunque la mayoría presenta un nivel alto para la variable de HHSS, no todos cuentan con un buen desarrollo de las mismas, así el comportamiento se presente. Es decir, aunque pueden presentar habilidades básicas y secundarias, la capacidad para interpretar la información recibida, manipularla y transformarla de modo que se construya una respuesta que cumpla con el objetivo planeado puede verse limitada.

Sin embargo, esto no evita que surja el interrogante de la ausencia de relación entre ambas variables, pues a nivel teórico se explica que, si la confianza en sí mismo es baja, la capacidad de afrontar situaciones complejas es limitada y, por tanto, el valor hacia sí mismo es negativo, se presente entonces un pobre desempeño en HHSS (Caballo, 2007; Gil y León, 1998; León y Lacunza, 2020; Peñafiel y Serrano, 2010).

Finalmente, en contraste a lo encontrado por Segura (2022) quien encontró una correlación significativa entre el autoconcepto general y autoestima en adolescentes neurotípicos, no se encontraron correlaciones entre estas dos variables. Estos resultados sí coinciden con lo encontrado por (Aguilar & Espinoza, 2022), quienes refieren una correlación poco significativa e incluso inexistente entre estas variables en niños de 6 a 11 años en situación de vulnerabilidad. Esta falta de correlación resulta importante puesto que a nivel teórico estas variables presentan una relación bidireccional en donde se influencia mutuamente (Oñate, 1989), aspecto que no se ve reflejado en los resultados de los estudios anteriormente mencionados. No se encontraron estudios que abarquen ambas variables y su correlación en PcDI, por lo que resulta importante desarrollar esta línea de investigación donde se amplie la comprensión sobre la relación a nivel práctico de estas dos variables, así como las condiciones para esta relación

Por otro lado, debido a que el autoconcepto es una estructura psíquica que recopila la percepción del sujeto sobre sus experiencias, cabría preguntarse sobre la influencia de las limitaciones cognitivas de las PcDI en el proceso y construcción del autoconcepto. No obstante, Popovici y Buică-Belciu (2013) mencionan que las PcDI parecen construir su autoconcepto de forma similar a las personas neurotípicas, aunque este proceso parezca un poco más lento. Esto

implica que, a pesar de las limitaciones que experimentan las PcDI, logran realizar el proceso de recopilación de sus experiencias para formar un autoconcepto.

En función de lo encontrado en este proyecto, una posible línea de investigación en la cual profundizar es comprender la relación entre el autoconcepto y la HHSS de las PcDI, sin embargo, al tener una muestra reducida los resultados de este proyecto no pueden ser generalizados a la población. De esta manera, resulta necesario contar con una muestra representativa con la cual evidenciar más claramente la correlación de estas variables. Asimismo, valdría la pena ampliar una línea de investigación donde se retome la influencia del estado emocional en el autoconcepto de la PcDI, con el fin de evidenciar esta relación planteada por Popovici & Buică-Belciu (2013), en donde sean incluidos participantes de diferentes entornos escolares y CI.

Por otro lado, es de suma importancia mencionar la poca disponibilidad de instrumentos estandarizados y adaptados que puedan ser aplicados a PcDI, puesto que hay pocos cuestionarios que han sido estandarizados a esta población o que cuenten con estándares de accesibilidad cognitiva, por lo que la longitud de los mismos y el lenguaje que utilizan dificultan la aplicación a personas con diversidad cognitiva. Por esto mismo, es común que los estudios que se realizan sobre esta población tengan una diversidad amplia de informantes que perciben externamente la DI, mientras que hay pocos que utilicen el autoinforme de las PcDI para comprender su realidad y experiencia. Así, sería relevante ampliar la disponibilidad de instrumentos con los cuales evaluar variables como la autoestima, el autoconcepto o las HHSS desde el autoinforme de las PcDI, que permita tener en cuenta los posibles sesgos del informante y la influencia de estos en los resultados. Esto tendría que estar acompañado de estudios mixtos en donde se recojan las impresiones y

percepciones de los participantes, y contrastarlas con las percepciones de los padres, para así comprender este fenómeno.

En este sentido, este proyecto tuvo como objetivo general determinar si existe una relación entre el autoconcepto, la autoestima, y las habilidades sociales en adultos jóvenes con discapacidad intelectual que asisten a un programa de formación para el trabajo. Esto con el fin de proponer nuevas variables con las cuales fortalecer las intervenciones hacia las PcDI y los procesos de inclusión de esta población. Esto se realizó por medio de la caracterización de las variables del autoconcepto y de la autoestima, donde se encontraron mayoritariamente niveles bajos y altos respectivamente. Se discute sobre la razón de estos niveles debido, a que el autoconcepto, al ser una estructura psíquica estable que se construye de manera más lenta en PcDI, requiere de más tiempo y una cantidad considerable de experiencias nuevas que permitan fortalecerlo y equilibrarlo. Al parecer el estar en un programa de formación para el trabajo promueve un entorno en el que se puede fortalecer la autoestima gracias a los procesos de interacción y socialización entre pares que comparten experiencias similares, así como su aceptación e identificación con el diagnóstico de DI logra favorecer la construcción de una autoestima positiva.

Posteriormente se caracterizó la variable de HHSS, donde se evidenció un nivel mayoritariamente alto en la población evaluada. No obstante, los resultados obtenidos generan dudas sobre el conocimiento acertado acerca de unas HHSS adecuadas por parte de los informantes. Esto debido principalmente al desconocimiento de los familiares sobre comportamientos propios de niveles altos de HHSS, así como a posibles sesgos que se generan al tener dos informantes con perspectivas del comportamiento distintas. Esto se relaciona con el último objetivo, donde se busca la correlación entre las variables, puesto que al encontrar una correlación inversa entre el

autoconcepto y las HHSS, se pone en evidencia el posible sesgo existente en obtener información de dos informantes diferentes.

Este proyecto, brinda la oportunidad de generar nuevas reflexiones en torno a variables o aspectos que, a ser tenidos en cuenta en intervenciones o los mismos programas de formación para el trabajo, puedan facilitar procesos de inclusión social a las PcDI e impactar en calidad de vida de estos, así como facilitar y brindar apoyos que favorezcan al individuo con DI en estos procesos de inclusión. Así, al tener una visión de cómo se presentan variables como las HHSS, la autoestima o el autoconcepto, se pueden generar y brindar apoyos tanto intermitentes como limitados, como intervenciones que busquen fortalecer en el individuo con DI aspectos puntuales que se puedan brindar en sus procesos de inclusión.

En función a estas conclusiones, se recomienda continuar aportando a esta línea de investigación en la cual se traen a colación variables intersubjetivas que logran impactar de forma directa en los procesos de inclusión y la calidad de vida de las PcDI. No obstante, estas investigaciones deberían continuar teniendo en cuenta los instrumentos con los cuales se miden las variables, por lo que resulta necesario ampliar la disponibilidad de instrumentos validados a esta población, así como con accesibilidad cognitiva, con la finalidad de favorecer el autoinforme y así lograr comprender en profundidad la percepción de las PcDI sobre su experiencia. Adicionalmente, se evidencia la necesidad de realizar estudios mixtos sobre estas variables, donde se recojan las perspectivas de los participantes o allegados, con el fin de comprender en profundidad la complejidad y subjetividad de la población, aspecto que no se refleja por completo en los resultados numéricos.

Referencias

- Aguilar, A., & Espinoza, K. (2022). *Autoconcepto y autoestima de niños y niñas de 6 a 11 años en situación de vulnerabilidad de la fundación casa de los niños santa teresita de cascales, período 2021-2022*.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2014). *Caracterización de la población con discapacidad en Cali. Plan de Desarrollo 2012-2015*.
https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/102763/cali_conocio_caracterizacion_de_poblacion_con_discapacidad/
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (2ª ed.). American Psychiatric Publishing. www.appi.org
- Arias, B., Verdugo, M. Á., Navas, P., & Gómez, L. E. (2013). Factor structure of the construct of adaptive behavior in children with and without intellectual disability. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(2), 155–166. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70019-X](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70019-X)
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad Intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (Undécima edición). Alianza Editorial.
- Banco Mundial. (2021). *Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible. Resumen Ejecutivo*. www.worldbank.org
- Becerra, A. (2022). *La autoestima y el aprendizaje de los estudiantes con discapacidad intelectual en una institución educativa de Cusco - 2021* [Master, Escuela Cesar Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/81674>
- Belmonte Almagro, M. L., & Bernárdez-Gómez, A. (2021). Evaluation of self-concept in the project for people with intellectual disabilities: “we are all campus”. *Journal of Intelligence*, 9(4). <https://doi.org/10.3390/jintelligence9040050>
- Branden, N. (1995a). El significado de la autoestima. En *Los seis pilares de la autoestima*. Paidós Ibérica, S. A.
- Branden, N. (1995b). La autoestima: el sistema inmunitario de la consciencia. En *Los seis pilares de la autoestima*. Paidós Ibérica S. A.
- Caballo, V. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. En *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales* (Séptima). Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Cafalat-Selma, M., Sanz-Cervera, P., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). El teatro como herramienta de intervención en alumnos con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual.

- Revista nacional e internacional de Educación Inclusiva*, 9(3), 95–108.
<https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/255#:~:text=Los%20resultados%20sugieren%20que%20la,TEA%20como%20con%20discapacidad%20intelectual>.
- Cárdenas, R. (2022). *La musicoterapia en personas con discapacidad intelectual: un proyecto de intervención como estrategia didáctica para el desarrollo de la autoestima* [Master, Universidad de Jaén]. <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/14119>
- Chalk, H. M. C. (2016). Disability Self-Categorization in Emerging Adults: Relationship With Self-Esteem, Perceived Esteem, Mindfulness, and Markers of Adulthood. *Emerging Adulthood*, 4(3), 200–206. <https://doi.org/10.1177/2167696815584540>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2019). *Manual deontológico y bioético del psicólogo séptima acuerdo número 17*.
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley Estatutaria 1618*.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Ley_Estatutaria_1618_de_2013.pdf
- Consejo de Santiago de Cali. (2014). *Política Pública de Atención a la discapacidad en el Municipio de Santiago de Cali* (382).
https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/105938/atencion_depoblacion_en_discapacidad/
- Cuesta, J., Fuente, R., & Ortega, T. (2019). Discapacidad intelectual: una interpretación en el marco del modelo social de la discapacidad. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(18), 85–106. <https://doi.org/DOI:10.23857/pc.v6i4.2565>
- Davies, L., Randle-Phillips, C., Russell, A., & Delaney, C. (2021). The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self-compassion and social support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(4), 1037–1047. <https://doi.org/10.1111/jar.12844>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). *Panorama general de la discapacidad en Colombia*.
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Panorama-general-de-la-discapacidad-en-Colombia.pdf>
- Díaz, E. (2018). Desarrollo de las habilidades sociales en los estudiantes con discapacidad intelectual. *Revista Varela*, 18(50), 128–140.
<http://revistavarela.uclv.edu.cu,revistavarela@uclv.cu>
- Douma, I., de Boer, A., Minnaert, A., & Grietens, H. (2022). The I of students with ID or SEBD: A systematic literature review of the self-concept of students with ID or SEBD. En

Educational Research Review (Vol. 36). Elsevier Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2022.100449>

- España, D., & Varón, E. (2022). *Sistematización de la experiencia de diseño e implementación del plan individual de ajustes razonables PIAR en el caso de un estudiante con discapacidad intelectual en la institución Educativa María Auxiliadora de municipio de Iquira - Huila* [Universidad Surcolombiana, Maestría de educación para la inclusión].
<https://grupoimpulso.edu.co/wp-content/uploads/2022/05/99.-Sistematizacion-de-la-experiencia-de-diseno-e-implementacion-del-plan-individual-de-ajustes-razonables-PIAR-en-el-caso-de-un-estudiante-con-dis.pdf>
- Fitts, W., & Roid, G. (1965). *La prueba del autoconcepto de tennessee* (L. Traducido por López, Ed.).
- Foloștină, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsébet, B., & Duță, N. (2015). Using Drama Therapy and Storytelling in Developing Social Competences in Adults with Intellectual Disabilities of Residential Centers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 186, 1268–1274.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.141>
- Fonseca, I., Almeida, B., Roldão, S., Jesus, R., Lopes, J., & Santos, S. (2019). Self-concept in persons with intellectual and developmental disability in portugal: A systematic review. En *Análise Psicológica* (Vol. 37, Número 1, pp. 53–70). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <https://doi.org/10.14417/ap.1550>
- Fragar, R., & Fadiman, J. (2001). Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. En R. Fragar & J. Fadiman (Eds.), *Teorías de la personalidad*. Alfaomega Grupo Editor.
- Gil, F., & León, J. M. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales . En F. Gil & J. M. León (Eds.), *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención*. EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
- Goldstein, A. (1978). *Escala de evaluación de habilidades sociales: Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein*.
- Goñi, I., Madariaga, A., & Madariaga, M. J. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69–96.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17513105>
- Hall, C., & Lindzey, G. (1984). La teoría del sí mismo y la personalidad. En *La teoría del sí mismo y la personalidad* (1ª ed., pp. 25–53). Editorial Paidós Mexicana, S.A.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). Mc Graw Hill Education.

- Jacob, U., Pillay, J., & Oluwawumi, O. (2022). Social Skills Development Among Adolescents with Mild Intellectual Disability: Predictive Factor Analysis. *Interchange*, 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10780-022-09465-5>
- Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual. En Rey JM (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/9bb8e4d220ccfd6585053b90116d2a2345f3ef60/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf
- Kittelsaa, A. M. (2014). Self-presentations and intellectual disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16(1), 29–44. <https://doi.org/10.1080/15017419.2012.761159>
- Krause, A., Román, F., Esparza, Y., Novoa, M., Salinas, P., Toledo, F., & Vallejos, A. (2016). Caracterización de la conducta adaptativa en escolares con y sin discapacidad intelectual de la región de la Araucanía. *Diversitas*, 12(1), 27–36. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2016.0001.02>
- León, G., & Lacunza, A. (2020). Autoestima y habilidades sociales en niños y niñas del gran san miguel de tucumán, argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 11(42), 22–31.
- López Bastías, J. L. (2019). La conceptualización de la discapacidad a través de la historia: una mirada a través de la evolución normativa. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 69(273–2), 835. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2019.273-2.68632>
- Mañano, C., Coutu, S., Morin, A. J. S., Tracey, D., Lepage, G., & Moullec, G. (2019). Self-concept research with school-aged youth with intellectual disabilities: A systematic review. En *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* (Vol. 32, Número 2, pp. 238–255). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jar.12543>
- Matson, J. L. (Ed.). (2017). *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6>
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Ley 1090 de 2006*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). *Resolución Número 8430 de 1993: Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *ABECÉ de la discapacidad*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-de-la-discapacidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines Poblacionales 1 : Personas con Discapacidad Oficina de Promoción Social*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidad.pdf>

- Molero, M., Osorio, M., Pérez, M., & Gázquez, J. (2014). HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN USUARIOS DE UNA VIVIENDA TUTELADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 3(1), 295–301.
- Mruk, C. (1999). Principales teorías y programas de autoestima. En *Auto-Estima: investigación, teoría y práctica* (2ª ed.). DESCLÉE DE BROUWER, S. A.
- Nader-Grosbois, N. (2014). Self-perception, self-regulation and metacognition in adolescents with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1334–1348. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.033>
- Oñate, M. del P. (1989). Revisión teórica y crítica del autoconcepto. En M. P. Oñate (Ed.), *El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad* (pp. 13–77). Narcea, S.A. de ediciones Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Proyecto de acción mundial de la OMS sobre la discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf
- Palacio, M. C., & Menjura, M. I. (2019). Habilidades adaptativas en niños y niñas con discapacidad cognitiva. *Tempus Psicológico*, 3(1), 157–181. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.3.1.3621.2020>
- Palacio, N. M. D., Jaramillo, F. P., & Alzate, M. V. D. (2022). Vivencias de participación y exclusión socio-laboral en jóvenes con discapacidad intelectual. *Qualitative Report*, 27(8), 1798–1815. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5557>
- Panesso Giraldo, K., & Arango Holguín, M. J. (2017). LA AUTOESTIMA, PROCESO HUMANO. *Psyconex: psicología, psicoanálisis y conexiones*, 9(14), 1–9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/download/328507/20785325/129909>
- Peñafiel Pedrosa, E., & Serrano García, C. (2010). *Habilidades sociales* (1ª ed., pp. 6–45). Editex.
- Perales, C. (2021). Aportaciones sobre el autoconcepto y autoestima. Nunca es tarde para aceptarse. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores., Especial*(67), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2823>

- Popovici, D.-V., & Buică-Belciu, C. (2013). Self-concept Pattern in Adolescent Students with Intellectual Disability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 516–520. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.342>
- Red Latinoamericana de organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familias. (2019). *Informe regional sobre la implementación de los objetivos de desarrollo sostenibles en América Latina bajo el enfoque de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2020/05/informe-regional.pdf>
- Rodríguez, E., Leyton, N., Navarrete, M., Villarroel, C., & Vidal, R. (2019). Desarrollo De Habilidades Sociales De Jóvenes Con Discapacidad Intelectual Frente A La Insercion Laboral. *Global Journal of Human-Social Science: Sociology & Culture*, 19(7), 11–20. <https://doi.org/10.34257/gjhsscvol19is7pg11>
- Rosemberg, M. (1965). *Escala de Autoestima de Rosemberg*.
- Rosmery Rosas-Castro, A. (2021). Habilidades sociales: Instrumentos de evaluación. *Polo del Conocimiento*, 6(4), 337–357. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i4.2565>
- Rubio, L. (2016). *La autoestima de las personas con discapacidad intelectual* [Master, Universidad de Oviedo]. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/38276/TFM%20Luc%EDa%20Rubio%20Mart%EDnez.pdf?sequence=3>
- Rubio, V. (2002). Habilidades sociales y la conducta adaptativa en el retraso mental. Competencia personal y competencia interpersonal. En M. Verdugo (Ed.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. (3ª ed., pp. 677–717). Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Segura, M. L. (2022). *Autoestima, autoconcepto y funcionalidad familiar en un modelo de acompañamiento en estudiantes de bachillerato*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sequera, F., Padilla-Muñoz, E., Chirino, J., & Pérez-Gil, J. (2016). Aplicación de un nuevo programa de habilidades sociales a un grupo de adultos con discapacidad intelectual Implementation of a new social skills training program for adults with intellectual disabilities Fundación Síndrome de Down Madrid. *Revista Española de Discapacidad*, 4(2), 63–80. <https://doi.org/10.5569/2340>
- Yáñez, M. G., & Moreno, J. (2016). *Discapacidad intelectual* (M. G. Yáñez, Ed.; 1ª ed., pp. 83–100). Editorial Manual Moderno.
- Zapata, M. (2014). Percepción de las familias sobre la funcionalidad, la participación y los factores ambientales donde se desempeñan sus hijos en situación de discapacidad intelectual. *Archivos de Medicina Colombia*, 14(2), 249–260. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273835711009>