



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

Autodeterminación en adolescentes entre 15 y 18 años con discapacidad intelectual leve y moderada que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.

Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Psicología.

Autor:

ZARACHEMLA FIGUEROA SÁNCHEZ.

Profesor Guía: HUGO PLAZA.

Viña del Mar, Chile. 2019.

RESUMEN

La Autodeterminación y la Calidad de Vida se plantean como objetivo principal a potenciar en las políticas públicas sobre discapacidad, lo que se traduce en la promoción de la autonomía personal, acceso igualitario a la educación y a un empleo, sin embargo, las estadísticas demuestran que las personas con discapacidad presentan altos niveles de desempleo, un nivel socioeconómico y una calidad de vida inferior que aquellas sin discapacidad.

Entendiendo a su vez que la etapa de la adolescencia tardía es cuando se generan los cambios más significativos en la vida de las personas, ya que comienzan a construir un proyecto de vida a desarrollar en la adultez, se pretendió conocer la autodeterminación de adolescentes con discapacidad intelectual leve y moderada por medio de la aplicación de cuestionario ARC-INICO.

Palabras Claves: Discapacidad intelectual, adolescencia, autodeterminación.

ÍNDICE	
	Página
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Justificación del problema	13
1.3. Relevancia del tema a investigar	14
1.4. Delimitación del estudio	15
1.5 . Pregunta de investigación	15
1.6 . Objetivos de la investigación	15
1.6.1 . objetivo General	15
1.6.2 . objetivos específicos	15
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2. Marco Conceptual	16
2.1. Discapacidad Intelectual	16
2.1.1. Modelos de Discapacidad	21
2.1.2. Educación Especial	22
2.1.3. Escuela Especial	24
2.1.4. Adolescencia y Discapacidad	25
2.1.4. Calidad de Vida	26
2.1.4.1. Definiciones de Calidad de Vida	27
2.1.5. Autodeterminación	31
2.1.5.1. Modelos teóricos de autodeterminación	32
2.1.5.1.1. Modelo de Autodeterminación de Field y Hoffman (1994)	32
2.1.5.1.1.2. Modelo Ecológico Tripartito de Abery y Stancliffe (1996)	33
2.1.5.1.1.3. Modelo Funcional de Autodeterminación de Wehmeyer (1999)	35

CAPITULOIII.ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1.- Paradigma investigativo	38
3.2.- Metodología de la investigación	38
3.3.- Tipo y características del estudio	38
3.4.- Diseño de investigación	38
3.5.- Universo, población, muestra, fuentes de información	39
3.6.- Instrumentos de recolección de datos	41
3.7.- Criterios de cientificidad	42
3.8.- Técnica de análisis para el tratamiento de los datos	42
3.9.- Procedimiento	44
3.10.- Consideraciones Éticas de la investigación	45

CAPITULO IV. RESULTADOS.

4. Resultados descriptivos	46
4.1. Descripción de los resultados por categorías	47

CAPITULO V. CONCLUSIONES.

5.1 Discusiones	55
5.2 Conclusiones	55
5.3 Limitaciones	55
5.4 Proyecciones	56

BIBLIOGRAFIA

Referencias Bibliográficas	57
----------------------------	----

INDICE DE TABLAS

	pagina
Tabla1: Clasificación categorías discapacidad	19
Tabla 2: Matriculas totales Escuelas Especiales del Gran Valparaíso	40
Tabla 3: Consistencia interna de Escala Autodeterminacion	42
Tabla 4: Organigrama actividades a realizar proceso de investigación	45
Tabla 5: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24	46
Tabla 6: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por sexo	47
Tabla 7: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por sexo	48
Tabla 8: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por C.I	49
Tabla 9: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por C.I	50
Tabla 10: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por curso	50
Tabla 11: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por curso	51
Tabla 12: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación tipo de familia	52
Tabla 13: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación tipo de familia	53

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El concepto de Autodeterminación y su implicancia en el desarrollo evolutivo de una persona está apareciendo con mayor fuerza en las investigaciones y los servicios de atención a las personas con discapacidad debido a la relevancia que tiene la manifestación y la práctica del derecho a la autodeterminación en la calidad de vida de las personas.

La investigación abordada a continuación se relaciona con las personas que tienen discapacidad intelectual o diversidad funcional (Iañez, 2009; Madrid, 2013), dicho concepto se entiende como una restricción de la actividad del individuo en la participación dentro de un contexto de factores ambientales y personales (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001).

Si bien hoy en día la visión que se tiene hacia la discapacidad es de igualdad y derechos y las políticas públicas han avanzado de manera significativa al respecto promulgando leyes que aseguren la dignidad y el trato igualitario (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2008) aún queda un largo camino en relación a las situaciones cotidianas que les impiden desarrollarse de manera integral y de forma autónoma e independiente (Arnau, 2003) ya que aún persisten posturas discriminatorias y segregadoras que se han sostenido a lo largo de la historia hacia las personas con discapacidad en las que no se les permite tomar decisiones y vivir una vida acorde a sus intereses y preferencias afectando su calidad de vida.

La calidad de vida está representada por ocho dimensiones de las cuales la de mayor relevancia es la autodeterminación ya que es la que posibilita la autonomía, el conocimiento de sí mismo, lo que le permite tomar decisiones significativas para la vida de la persona y a su vez la participación activa en la sociedad.

Según investigaciones internacionales y de nuestro país sobre Calidad de Vida en personas con Discapacidad Intelectual, de las ocho dimensiones evaluadas, la que se encuentra con menor porcentaje de logro es la Autodeterminación, con lo que se infiere que las personas con discapacidad presentan baja participación en la toma de decisiones de su vida.

La evaluación y promoción de la autodeterminación es un contenido educativo clave valorado por profesores y estudiantes que demandan su derecho a decidir y a participar socialmente (Verdugo, Vicente, Fernández, Gómez, Wehmeyer, Guillén, 2015).

Siendo la formación educacional un elemento fundamental para la inserción laboral, y por ende de integración social plena (Verdugo y Arríes, 2002), el sistema educativo debe garantizar el acceso, permanencia y cesación en la formación educativa a toda persona a través de los medios que sean necesarios para ello (Iañez, 2009) ya que así ha quedado garantizado desde las políticas públicas actuales de nuestro país.

Dada la importancia que tiene la formación educacional en el desarrollo integral y la inclusión social de todas las personas es que la presente investigación se realizó en el contexto educativo donde participaron 11 escuelas especiales de las comunas que conforman el Gran Valparaíso y fueron los propios adolescentes quienes dieron sus impresiones sobre la autodeterminación percibida.

El presente documento se inicia con el planteamiento del problema, justificación y relevancia del tema, delimitación del estudio, objetivo general y específicos.

El primer capítulo consta de la fundamentación teórica de esta investigación, la cual comienza con el concepto de Discapacidad Intelectual, continuando con la Educación Especial, Escuela Especial, Adolescencia y Discapacidad, siguiendo con la Calidad de vida y finalizando con la Autodeterminación.

El segundo capítulo se constituye por el marco metodológico, considerando el tipo de investigación, población y muestra, descripción del instrumento de evaluación utilizado (Escala ARC-INICO de evaluación de la Autodeterminación).

En el tercer capítulo se analizan cuantitativamente los datos arrojados por la aplicación de la Escala ARC-INICO en adolescentes entre 15 y 18 años con déficit intelectual leve y moderado que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.

En el cuarto capítulo, se presentan los resultados descriptivos y descripción de los resultados por categorías.

Y para finalizar se encuentra el quinto capítulo donde se presentan las conclusiones a partir de los resultados obtenidos, las discusiones, limitaciones y proyecciones del tema investigado.

1.1 Planteamiento del problema

Según datos aportados por la Organización Mundial para la Salud (2011), en la actualidad viven más de mil millones de personas con algún tipo de discapacidad en todo el mundo, de las cuales aproximadamente doscientos millones tienen severas dificultades en su funcionamiento.

En Chile según datos aportados por el Segundo Estudio de la Discapacidad realizado en el 2015, el 16,7% de la población a partir de los dos años tiene algún tipo de discapacidad, lo que corresponde a 2 millones 836 mil 818 personas (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2015), de las cuales 229.904 se encuentra en el rango de los 2 y 17 años y 21,5% tiene discapacidad intelectual (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

Hasta hace no más de unas cuantas décadas las personas con déficit intelectual eran tratadas como idiotas, imbeciles y/o subnormales (Bariffi y Palacios, 2007) no es hasta la década del 50 cuando Mikkelsen director del Servicio Danés para el Retraso Mental, propone el concepto de “normalización” para las personas con discapacidad (Irimia, 2003), que en palabras textuales de Mikkelsen lo define como “la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible” Mikkelsen (1959) en Irimia, (2003,p.29).

A partir de esta nueva mirada se comienzan a realizar cambios paulatinos en el ámbito político y social que permitirán buscar la igualdad de derechos y oportunidades de las personas con discapacidad intelectual, aunque todavía desde una perspectiva individual, por lo que se esperaba que la persona se adaptara al sistema y se responsabilizaba exclusivamente a esta si es que no era posible dicha adaptación social (Organización Mundial de la Salud, 1980; citado en Egea y Sarabia, 2001; Verdugo, 1994).

A partir de los años 90 se comienza a definir desde una mirada más interrelacionada donde se propone la influencia del contexto en el desarrollo e integración social de las personas con discapacidad intelectual, cambiando así la visión que delegaba toda la responsabilidad a la persona, sin notar la magnitud en la influencia ejercida por el contexto en el desarrollo e integración social de esta (Asociación Americana de Retraso Mental 1992 en Verdugo, 1994; Organización Mundial de la Salud, 2001; Schalock, Luckasson, Shogren, Borthwick, Bradley, Buntinx, Coulter, Craig, Gómez, Lachapelle, Reeve, Snell, Spreat, Tassé, Thompson, Verdugo, Wehmeyer y Yeager, 2007; Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Urrías, 2013). En el año 2006 se lleva a cabo la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad donde surge un nuevo paradigma en relación a la discapacidad en el cual se definen y ratifican sus derechos y las pautas a desarrollar para el logro de la inclusión social de las personas con discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, en Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2008).

Este cambio en las políticas públicas internacionales y nacionales posibilita comenzar a hablar de la calidad de vida de las personas con discapacidad en Chile (Gómez y Sabeh, 2010; Servicio Nacional de Discapacidad, 2015; Schalock y Verdugo, 2007; Verdugo, Crespo y Nieto, 2010), a su vez con la promulgación de la ley 20.422 en el año 2010 en nuestro país se ha materializado promover la igualdad de derechos, oportunidades y la inclusión social de las personas con discapacidad lo que se traduce en una mayor autonomía personal e independencia mejorando su calidad de vida (Ministerio de Planeación, 2010).

La calidad de vida es un concepto que se ha ido modificando a lo largo de la historia, pasando por diversos significados que en su mayoría hacen referencia a salud, bienestar, felicidad, satisfacción con la vida (Bobes, González, Bousoño y Suárez, 1993; Moreno y Ximénez, 1996), a partir de los años 60 comienza a tomar mayor relevancia social surgiendo la necesidad de sistematizar el bienestar de las personas, por lo que se inicia la construcción de instrumentos para obtener medidas cuantificables de la calidad de vida de las personas (Gómez y Sabeh, 2010), pero es recién a partir de 1990 que se comienza a incluir a las personas con déficit intelectual en estas mediciones (Arostegui, 1999; Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith and Parmenter, 2002; Shogren, Wehmeyer, Palmer, and Forber, 2015), esta inclusión se debe al cambio de paradigma en relación a la discapacidad intelectual que emerge a partir de esa fecha (Verdugo, 1994; Verdugo, 2002; Schalock, 2009; Schalock et al., 2007).

Surgen de este modo una gran cantidad de investigaciones en el área de la discapacidad y en función de esto se realizan investigaciones que evalúan la calidad de vida en dicho colectivo (Castro, Casas, Sánchez, Vallejos, y Zúñiga, 2016; Castro, Cerda, Vallejos, Zúñiga, y Cano, 2016; Domínguez, 2013; Verdugo, Schalock, Keith, y Stancliffe, 2006; Schalock, 2009), quedando en evidencia que las personas con discapacidad presentan una calidad de vida inferior que las personas sin discapacidad (Castro et al 2016; Domínguez, 2013; Gómez, Vela y Verdugo, 2009; Wehmeyer, 1997, Wehmeyer, 2014). De este modo es posible dar cuenta que aunque la visión social hacia la discapacidad está cambiando aún queda mucho que realizar a nivel de políticas públicas para nivelar la brecha existente en relación a la calidad de vida (Navas, Gómez, Verdugo, Schalock, 2012; Wehmeyer, 1997) ya que cada investigación en este tema da paso a mejoras centradas en la persona con discapacidad y su plena inclusión social y menos en función de asistencialidad como se venía realizando anteriormente (Schalock, 1996, citado en

Gómez y Sabeh, 2000; Verdugo y Schalock, 2010; Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Urries, 2013; Wehmeyer, 1997) .

Shalock y Verdugo (2007) la definen como:

Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica (p.446).

Después de muchas investigaciones sobre calidad de vida a lo largo de 20 años en los que no se llegaba a consenso sobre una definición para este constructo, la Sociedad Científica Internacional para el estudio de la Discapacidad Intelectual (IASSID) decide crear un grupo de investigación sobre la calidad de vida, quienes elaboraron una definición consensuada de esta, describiéndola como multidimensional, integrada por componentes objetivos y subjetivos, y constituida por ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social. (Gracia y Vilaseca, 2008; Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith, Parmenter 2002; Verdugo y Schalock, 2010; Verdugo, Crespo y Nieto, 2010).

En la calidad de vida una de las dimensiones con más relevancia considerada por los investigadores es la autodeterminación (Wehmeyer, 1997; Wehmeyer and Abery, 2013; Arellano y Peralta, 2014; Pascual, Garrido y Antequera, 2014; Shogren and Shaw, 2015); ya que permite a las personas tomar decisiones en relación a sus preferencias de vida, lo que favorece a las personas con discapacidad a salir del rol pasivo en que muchas veces se encuentran (Pascual, Garrido y Antequera, 2014; Peralta, Arellano, 2014), esto fomenta autonomía e independencia y al desarrollarla y potenciarla en la infancia y adolescencia, los prepara para una adultez con una mejor calidad de vida y a su vez una mayor satisfacción con la vida (Arroyave y Freyle 2009; McGuire and McDonnell, 2008; Peralta y Arellano, 2014; Shogren, Wehmeyer, Palmer, Rifenbark and Little, 2015; Vega, Gómez, Fernández y Badia 2013; Wehmeyer, 2008, Wehmeyer and Palmer, 2003), ya que promueve la toma de decisiones basadas en las preferencias e intereses personales (Shogren and Shaw, 2015) como también les permite a las personas con discapacidad reconocer sus deberes y derechos, por lo que algunos autores la

califican como determinante en la calidad de vida de este colectivo (Arellano y Peralta, 2013; Wehmeyer, 1998; Wehmeyer, 2005; Wehmeyer, 2006; Wehmeyer, Shogren, Palmer, Williams-Diehm, Little, and Boulton, 2012), sin embargo es la dimensión con menor puntaje en las investigaciones sobre calidad de vida.

Esto se puede apreciar desde una de las primeras investigaciones realizadas por Michael Wehmeyer y Michelle Schwartz, (1998) denominada “La relación entre la autodeterminación y la calidad de vida de adultos con retraso mental”, en donde se evaluó la calidad de vida de cincuenta personas con discapacidad intelectual, se analizó la correlación de la calidad de vida y la autodeterminación, los resultados obtenidos mostraron que las personas que manifestaban mayor calidad de vida también presentaban mayores niveles de autodeterminación.

Por otra parte, la investigación realizada en el año 2004 en Barcelona, España denominada “Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas. Experiencia desde un hogar de grupo” realizada a 6 adolescentes entre 17 y 19 años deja de manifiesto que falta mucho para que las personas con discapacidad intelectual puedan equiparar su calidad de vida a la del resto de la población, quedando en evidencia que la autodeterminación de las personas de ese hogar quedaba reducida a elecciones y decisiones dentro del lugar en el que habitaban, siendo de carácter básico como que ropa usaban o si querían compartir con los demás, sin poder tomar decisiones o elecciones acordes a su edad, tenían escasas interacciones con la comunidad y a su vez dichas interacciones eran elegidas por los profesionales a cargo del hogar (Rojas, 2004).

En otra investigación realizada en 2005 donde participaron 182 adultos con discapacidad intelectual leve denominada “La relación entre calidad de vida y autodeterminación: un estudio internacional”, se encontraron similares resultados correlacionando positivamente mayores niveles de autodeterminación con la percepción de una mejor calidad de vida (Lachapelle, Wehmeyer, Haelewyck, Courbois, Keith, Schalock, Verdugo y Walsh, 2005).

Resultados similares se encontró en la investigación realizada en 2015, en la Coruña, España denominada “Calidad de vida y autodeterminación en alumnado con discapacidad incluido en aulas ordinarias” donde participaron 14 adolescentes entre 12 y 17 años, los autores encontraron en la dimensión de autodeterminación que las decisiones que tomaban los adolescentes eran poco significativas para su futuro (Muñoz, Losada y Rebollo, 2015).

En otro estudio realizado en Badajoz, España en el año 2016 a 360 adultos entre 19 y 55 años con discapacidad intelectual leve y moderada denominada “Calidad de vida de los discapacitados intelectuales valorada por ellos mismos y los profesionales: variables implicadas” los resultados arrojaron que las dimensiones con menos puntaje en la calidad de vida percibida por las personas con discapacidad fueron bienestar emocional y autodeterminación (Gil; Morell; Díaz; Giménez y Ruiz, 2016).

A su vez en un estudio realizado en España en el 2017 denominada “Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales” donde se midió la calidad de vida de 2220 adolescentes entre 12 y 19 años, de los cuales 759 presentaba Necesidades Específicas de Apoyo Educativo se encontró que los estudiantes con necesidades específicas de apoyo educativo presentaban niveles inferiores en la calidad de vida (Muñoz y Losada, 2017).

En Chile los resultados no son muy distintos, así se puede apreciar en la investigación realizada en un hogar de residencia permanente de la Fundación Coanil, en el año 2011 en Valparaíso donde vivían 38 mujeres entre 18 y 51 años, los cuestionarios fueron rellenos por distintos trabajadores del centro, profesionales y cuidadores de trato directo donde se evaluaban las necesidades de apoyo y la correlación de dichas necesidades con la calidad de vida de las personas residentes en el hogar, los resultados mostraron que las necesidades de apoyo no se relacionaban con las bajas puntuaciones en las dimensiones de inclusión social, derechos y autodeterminación, y que si bien las necesidades básicas están cubiertas aún falta mucho por hacer para garantizar una vida de calidad, los investigadores enfatizan la necesidad de apoyos adecuados para la inclusión en la comunidad, el derecho a un empleo y la autodeterminación como fundamentales para una vida de calidad (Vega; Jenaro, Morillo; Cruz y Flores, 2011).

Otra investigación realizada en el 2016 por la Universidad de Concepción en conjunto con la Universidad de Valladolid, España denominada “Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en centros de formación laboral” en la cual participaron 751 adultos con discapacidad intelectual que asisten a centros de formación laboral y 82 profesionales a cargo, donde se aplicó la Escala Integral, Evaluación Objetiva y Subjetiva de Calidad de Vida de Miguel Ángel Verdugo, donde la autodeterminación fue la dimensión con menos ponderación de las ocho dimensiones de la escala (Castro, Cerda, Vallejos, Zúñiga y Cano, 2016).

Dados los antecedentes resulta relevante conocer la autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual en Chile dada su significancia en la calidad de vida.

La autodeterminación se refiere a la capacidad de las personas de tomar decisiones y poder elegir sin interferencia de terceros, Wehmeyer (1996) citado en Wehmeyer 2006 definió el comportamiento autodeterminado como "acciones volitivas que nos permiten actuar como el agente causal primario en la vida de uno y mantener o mejorar nuestra calidad de vida "(p. 24). La conducta autodeterminada hace referencia a acciones que pueden identificarse por cuatro características esenciales: (a) la persona actúa de manera autónoma, (b) el (los) comportamiento (s) son autorregulados, (c) la persona inicia y responde al evento (s) de una manera psicológicamente empoderada, y (d) la persona actúa de manera autorrealizada (Wehmeyer, 1997; Wehmeyer, 2006).

Las investigaciones internacionales dan cuenta que la autodeterminación puede variar a través de los años y además es posible enseñar habilidades para potenciarla (Field, Martin, Miller, Ward, Wehmeyer, 1998; Sheppard and Unsworth, 2011; Shogren, and Shaw, 2015). Las investigaciones internacionales también demuestran que el desarrollo de la autodeterminación permite a los jóvenes conocerse, valorarse, resolver problemas de manera óptima y lograr los objetivos que se propongan en sus vidas (Cobb, Lehmann, Newman and Alwell, 2009).

En Chile son escasas las investigaciones sobre autodeterminación en población con discapacidad intelectual, se puede destacar el trabajo realizado en Concepción en el 2015 denominada "Autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual pertenecientes a una escuela especial", que consistió en la implementación de un programa para potenciar la autodeterminación en adolescentes entre 14 y 19 años de una escuela especial de Coronel, la cual obtuvo como resultados un incremento significativo en todas las dimensiones, lo que coincide con los resultados obtenidos en investigaciones internacionales.

La calidad de vida y la autodeterminación en Chile se plantea como objetivo principal a potenciar en todas las políticas públicas sobre discapacidad, así queda expresado en la ley 20.422 aprobada en 2010 sobre inclusión e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Según Mithaug (1996), citado en Verdugo, Vicente, Gómez, Fernández, Wehmeyer, Badia, González y Calvo, 2014) para poder establecer el grado de autodeterminación de una persona es preciso valorar tanto la capacidad de la propia persona como las oportunidades sociales que tiene para poder poner en marcha su autodeterminación, ya que la promoción o limitación de la misma está directamente

relacionado con el entorno y el contexto de la persona (Bronfenbrenner, 1979; Mumbardó, Guàrdia, Ginéa, 2018; Nonnemacher y Bambara, 2011).

Por lo que se hace imperante conocer cómo se encuentra la autodeterminación de la población adolescente con discapacidad en Chile ya que las investigaciones internacionales reconocen esta etapa evolutiva significativamente importante para la independencia, autonomía y desarrollo de las personas con discapacidad en la adultez (Behar y Forns, 1984; Erickson, 1987 citado en Bordignon 2005; Gaete, 2014; Ministerio de Educación Pública, 1990; Rojas, 2004; Wehmeyer, 1997), lo que a su vez posibilita una percepción positiva de la calidad de vida en las personas con discapacidad intelectual en la vida adulta (Baña, Lozada, y Muñoz, 2015), les permite ejercer sus deberes y derechos como el resto de la población (Wehmeyer, 1997; Wehmeyer, Palmer, Agran, Mithaug, y Martin, 2000) y mayores posibilidades de tener un empleo remunerado (Wehmeyer and Palmer, 2003).

Dada la relevancia de este constructo para una vida de calidad en las personas se pretende con el presente estudio conocer la autodeterminación de adolescentes entre 15 y 18 años con discapacidad intelectual leve y moderada que asisten a escuelas especiales de las comunas que conforman el Gran Valparaíso.

1.2 Justificación del problema

Entendiendo la importancia de la autodeterminación para tener una vida de calidad a lo largo de la vida se pretende conocer los niveles de autodeterminación en la población con discapacidad intelectual leve y moderada que asisten a escuelas especiales de las comunas que conforman el Gran Valparaíso ya que no se encontraron investigaciones en esta región y en este grupo etario que den cuenta de cómo se encuentra este constructo. A su vez Valparaíso es la tercera región con mayores índices de discapacidad en el país (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2015) con un total de 1.507.188 personas, lo que corresponde al 14,8% del total del país.

Entendiendo también que la etapa de la adolescencia tardía es cuando se generan cambios significativos en la vida de las y los adolescentes, ya que hay mayor independencia de los padres, las relaciones de pareja son más significativas, la identidad está más definida, por lo que comienzan a construir un proyecto de vida para desarrollar en la adultez (Aliño, López y Navarro, 2006; Craig y Baucum, 2009; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2011).

.1.3 Relevancia del tema a investigar

Entendiendo que la autodeterminación se plantea como uno de los objetivos principales para tener una vida de calidad en la adultez, ya que se verá reflejado entre otras cosas en la posibilidad de acceder a un empleo facilitando la independencia económica de las personas y esto a su vez genera una mayor validación propia que permite mayores niveles en la autoestima, autonomía, mejor autoconcepto, sentimientos de inclusión social que como ya hemos visto son parte importante de tener una calidad de vida adecuada.

Sin embargo el primer informe sobre discapacidad en Chile realizado en el año 2004 mostraba que el 75,2% de la población de 15 y más años con discapacidad en la Quinta región se encontraban desempleadas y que la prevalencia de las personas con discapacidad que no trabajaba remuneradamente era de 14,3 frente a 5,8 que si trabajaba, lo que quiere decir que 1 de cada 7 personas con discapacidad no tenía trabajo, a diferencia de 1 cada 14 personas con discapacidad tenía trabajo remunerado (Primer Estudio de Discapacidad en Chile, Informe Ejecutivo V Región de Valparaíso, 2004), similares resultados se obtuvieron en la Segunda Encuesta de Discapacidad realizada en el 2015 donde las personas con discapacidad presentaban una condición socioeconómica y una calidad de vida mucho menor que las que no tenían discapacidad (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2015; Vidal, 2003).

En Chile las estadísticas dan cuenta de un alto porcentaje de personas con discapacidad intelectual que no pueden incluirse socialmente a través del trabajo que es lo que permite autonomía económica, autodeterminación, autorrealización, bienestar físico y psicológico y una mejor calidad de vida (Arnau, 2006; Excheverría, 2008; Hueste, 2012); ya que la falta de empleo genera o mantiene el círculo de la pobreza y vulnerabilidad social.

Es por esto que se hace relevante el conocimiento de los niveles de autodeterminación en esta población ya que como se ha mencionado anteriormente este constructo es clave entre otras cosas para la obtención de un empleo remunerado y romper con el círculo de la pobreza que prevalece en las personas con discapacidades permitiéndoles alcanzar plena inclusión social y una mejor calidad de vida (Verdugo y Jordán, 2002; Wehmeyer and Palmer, 2003)

1.4 Delimitación del estudio

La presente investigación se realizó en las comunas que conforman el Gran Valparaíso en adolescentes entre 15 y 18 años con discapacidad intelectual leve y moderada que asisten a Escuelas Especiales.

1.5 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de autodeterminación de adolescentes entre 15 y 18 años con déficit intelectual leve y moderado que asisten a escuelas especiales de las comunas que conforman el Gran Valparaíso?

1.6 Objetivos de la investigación

1.6.1 Objetivo General

Conocer el nivel de autodeterminación de adolescentes entre 15 y 18 años con déficit intelectual leve y moderado que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.

1.6.3 Objetivos específicos

- Conocer la o las dimensiones con menor puntaje de la autodeterminación en adolescentes entre 15 y 18 años que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.
- Conocer la o las dimensiones con mayor puntaje de la autodeterminación en adolescentes entre 15 y 18 años que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.
- Identificar si existen diferencias en la autodeterminación entre adolescentes hombres y adolescentes mujeres.
- Identificar si existen diferencias en la autodeterminación entre adolescentes con déficit intelectual leve y déficit intelectual moderado que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.
- Identificar si existen diferencias entre adolescentes por categoría de curso que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.
- Identificar si existen diferencias en la autodeterminación entre adolescentes con déficit intelectual que viven con familias

monoparentales y adolescentes que viven con familias biparentales que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2. Marco Conceptual

2.1. Discapacidad Intelectual

Discapacidad es un término usado genéricamente para referirse a las limitaciones del funcionamiento humano, el origen de la comprensión actual del término discapacidad es una extensión del modelo médico que en un principio concebía la salud como un estado dentro de la persona y los problemas de salud como una patología individual, esto se modificó cuando Wood (1989) y colaboradores propusieron una ampliación a la visión existente presentando un modelo del funcionamiento humano con múltiples dimensiones en la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (Verdugo, 2008, Wehmeyer, Buntinx, Lachapelle, Luckasson, Schalock y Verdugo, con Borthwick-Duffy, Bradley, Craig, Coulter, Gómez, Reeve, Shogren, Snell, Spreat, Tassé, Thompson y Yeager, 2008). El marco teórico del funcionamiento humano está compuesto por cinco dimensiones (habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación y contexto) dejando de manifiesto el papel relevante de los apoyos en el funcionamiento humano. Se describe a continuación cada uno de estos componentes:

Habilidades intelectuales.

Corresponde a la primera dimensión, la inteligencia es una capacidad mental general, la cual incluye razonar, capacidad de planificación, resolución de problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia (Gottfredson, 1997, citado en Verdugo, 2008). Además, este concepto de inteligencia permite clarificar, organizar y explicar que las personas difieren en cuanto a su habilidad para comprender ideas complejas, adaptarse de forma eficaz al entorno, aprender de la experiencia, utilizar diversas formas de razonamiento y superar las situaciones complejas a través de la reflexión y la comunicación (Verdugo, 2008; Wehmeyer et al., 2008).

Conducta adaptativa.

Corresponde a la segunda dimensión e incluye al conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Luckasson et al., 2002 citado en Wehmeyer et al., 2008).

Este concepto implica dos puntos clave para su fundamento:

- a) Las limitaciones en habilidades adaptativas a menudo coexisten con puntos fuertes en otras áreas de habilidades adaptativas.
- b) los puntos fuertes y limitaciones de una persona en habilidades adaptativas deberían ser documentados en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los de igual edad y asociados con las necesidades de apoyo individualizadas por persona. (Wehmeyer et al., 2008, p.12).

Salud.

Corresponde a la tercera dimensión. Se entiende la salud como un componente más de una concepción integrada del funcionamiento individual, ya que la condición de salud puede afectar a su funcionamiento de forma directa o indirecta por medio de cada una de las dimensiones restantes. Los problemas relacionados con la condición de salud son trastornos, enfermedades o lesiones y se clasifican en la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1999) y pueden limitar la participación plena en diversas funciones sociales como el empleo, estudios, actividades de ocio, etc. (Wehmeyer et al., 2008)

Participación

La participación es la cuarta dimensión del modelo funcional y tiene relación con el funcionamiento de la persona en áreas de su vida como: hogar, trabajo, educación, actividades de ocio, espirituales y culturales, incluye también los roles sociales considerados normales para un grupo de edad específico.

La observación del compromiso y el grado de involucración en actividades cotidianas es el mejor modo de reflejar la participación. (Wehmeyer et al., 2008)

Contexto

El contexto es la última dimensión incluye factores ambientales y personales y representan las circunstancias de la vida de una persona. Los factores ambientales hacen

referencia al entorno físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas, pueden presentarse como facilitadores cuando contribuyen al logro de una conducta adaptada por ejemplo rampas de acceso y actitudes positivas por parte de otras personas, por otro lado, la ausencia de dichos facilitadores o la presencia de otros factores ambientales, como actitudes negativas o falta de acceso en las calles, edificios, etc pueden dificultar el logro de conductas adaptadas como trabajar, estudiar, realizar actividades recreativas, etc, en este caso actuarían como barreras para las personas con discapacidad. Los factores personales son características individuales como género, raza, edad, motivación, estilo de vida, hábitos, estilos de afrontamiento, etc (Verdugo, 2008, Wehmeyer et al., 2008).

Es por esto que se entiende la discapacidad intelectual desde un enfoque ecológico (Hueste, 2012; Verdugo, 2008, Wehmeyer et al., 2008), entendiéndola como limitaciones en la actividad de la persona y restricciones en la participación dentro de un contexto de factores ambientales y personales (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, (CIF) Organización Mundial de la Salud, 2001; Schalock, Luckasson, Shogren, Borthwick, Bradley, Buntinx, Coulter, Ellis, Craig, Gómez, Lachapelle, Reeve, Snell, Spreat, Marcj, Tasse, Tames, Thompson, Verdugo, Wehmeyer y Yeag, 2007; Wehmeyer, 2003).

Actualmente la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, (AAIDD) la define como:

“Limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Shalock, 2009, p.24; Shalock et al, 2007 p.8).

Además, se deben tener en cuenta estas cuatro premisas para diagnosticar:

- 1) Las limitaciones en el funcionamiento actual deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de iguales en edad y cultura.
- 2) Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
- 3) En un individuo, las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.

- 4) Un propósito importante de describir las limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

Con los apoyos personalizados apropiados durante un periodo de tiempo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorara (Luckasson et al., 2002, (p.1) citado en Shalock et al, 2007).

En Chile se encuentra definida en el decreto supremo 170 de la Ley General de Educación 20.201 como:

La presencia de limitaciones sustantivas en el funcionamiento actual del niño, niña, joven o adulto, caracterizado por un desempeño intelectual significativamente por debajo de la media, que se da en forma concurrente con limitaciones en su conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades prácticas, sociales y conceptuales y que comienza antes de los 18 años. (Ministerio de Educación, 2010, p.20).

La discapacidad intelectual se entiende por un rango de puntaje de coeficiente intelectual, según los criterios de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) como se indica a continuación:

CATEGORIA	RANGO PUNTAJE- CI
Discapacidad intelectual Leve	50 – 69
Discapacidad intelectual Moderada	35 – 49
Discapacidad intelectual Grave o Severa	20- 34
Discapacidad intelectual Profunda	Por debajo de 20

Tabla1: Clasificación categorías discapacidad

Fuente: Elaboración propia en base a normativa vigente Decreto Supremo 170. Ministerio de Educación (2010).

Discapacidad intelectual Leve: Las personas con déficit intelectual leve adquieren el lenguaje de manera tardía, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresión en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de participar en una entrevista. La mayoría llegan a alcanzar una independencia completa para el autocuidado como comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres, para actividades prácticas y de la vida

doméstica, aunque el desarrollo es de un modo significativamente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en el ámbito escolar y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Pueden beneficiarse con educación diseñada específicamente para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits.

La mayoría pueden desempeñar trabajos de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados, sin embargo, si existe falta de madurez emocional o social considerable, pueden presentarse consecuencias del déficit, que dificultarían la inclusión social y el cumplimiento de las demandas de la propia cultura como trabajar, casarse, cuidar a sus hijos, etc (CIE-10, 2016).

Discapacidad intelectual Moderada: Las personas incluidas en esta categoría tienen un desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje más lento y el dominio en esta área es limitado. Algunos necesitan supervisión continua ya que las funciones motrices y la capacidad de autocuidado se encuentran retrasadas. Los programas educativos especiales pueden permitirles la lectura, la escritura y el cálculo. En la adultez pueden realizar trabajos sencillos con la supervisión adecuada y la estructuración de las tareas a realizar. En ocasiones pueden conseguir una vida completamente independiente en la adultez. Por lo general son activos físicamente y su capacidad de movimiento es total. La mayoría tiene un desarrollo en el ámbito social y en la participación normal en actividades sociales simples (CIE -10, 2016).

Discapacidad intelectual Grave o Severa: Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del déficit intelectual moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajo. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica (CIE-10, 2016).

Discapacidad intelectual Profunda: El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas, la mayoría presenta una comunicación no verbal muy rudimentaria, la movilidad es muy restringida o inexistente, no controlan esfínteres. Presentan una capacidad de autocuidados básicos muy limitada y requieren ayuda y supervisión constante (CIE-10, 2016).

2.1.1. Modelos de Discapacidad

A lo largo de la historia la mirada a la discapacidad ha sido abordada desde tres perspectivas muy diferentes, lo que se ha traducido en los siguiente:

1-Modelo de Prescindencia: Este modelo consideraba que las personas con discapacidad no eran dignas de la vida y se consideraban innecesarias porque no contribuían a la comunidad, se creía que estaban endemoniadas o habían recibido el enojo de los dioses (Bariffi y Palacios, 2007; Hueste, 2012).

2-Modelo Rehabilitador: Considera que las causas de la discapacidad son científicas, las personas ya no son consideradas innecesarias siempre y cuando sean rehabilitadas, desde este paradigma hay que normalizar a las personas con discapacidad, el principal problema son las limitaciones que deben ser rehabilitadas psíquica, física y/o sensorialmente (Bariffi y Palacios, 2007; Hueste, 2012).

En primer momento en el plano de los derechos sociales se implementaron políticas destinadas a servicios sociales para las personas que habían participado en la segunda guerra mundial y habían quedado con alguna discapacidad, posteriormente en la década de los sesenta estas políticas de beneficios se extendieron a todas las personas con discapacidad, las herramientas esenciales pasaron a ser la educación especial, los beneficios de rehabilitación médica y vocacional, las cuotas laborales y los servicios de asistencia institucionalizados.

De este modo, las personas con discapacidad recibían beneficios sociales porque la discapacidad se veía exclusivamente como un problema individual de la persona, quien no era capaz de integrarse a la sociedad. Los niños con discapacidad eran educados en escuelas separadas de los demás niños, estas medidas de acción positiva se introdujeron porque se creía que las personas con discapacidad no eran capaces de trabajar e integrarse socialmente (Bariffi y Palacios, 2007; Hueste, 2012).

3-El modelo social: Es aquel que considera que las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son sociales; y que las personas con discapacidad pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de las personas sin discapacidad, valorando su condición de personas, en ciertos aspectos diferentes.

Desde este modelo se desarrollan las políticas y servicios en el área de la discapacidad en la actualidad, ya que se encuentra alineado con los derechos humanos y con los derechos de las personas con discapacidad y tiene como base los siguientes principios:

- Vida independiente,
- No discriminación,
- Accesibilidad universal,
- Normalización del entorno,
- Diálogo civil, entre otros.

Se entiende que la discapacidad es una construcción social que genera opresión. Su objetivo principal es la autonomía personal y el derecho para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera que impida entregar igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad (Bariffi y Palacios, 2007; Hueste, 2012).

2.1.2. Educación Especial

El Ministerio de Educación por medio del Decreto 170 de la Ley General de Educación 20.201 reconoce la educación especial o diferencial como la modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles educativos, tanto en los establecimientos de educación regular como especial proveyendo servicios, recursos humanos, técnicos y conocimientos especializados para atender las necesidades educativas especiales que puedan presentar algunos estudiantes de manera temporal o permanente a lo largo de su vida escolar como consecuencia de un déficit o una dificultad específica de aprendizaje (Ministerio de educación, Decreto 170, 2010).

La Educación especial se formó con el propósito de corregir y sanar los déficits presentados por la persona, esto tuvo lugar entre las décadas del 40 y 60 y tenía una modalidad segregadora, su propósito era brindar educación a niños, niñas y jóvenes en escuelas separadas de las escuelas regulares (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

Garanto (1984) citado en Godoy, Mesa y Salazar, 2004 la define como:

“la atención educativa (en el más amplio sentido de la palabra específica) que se presta a todos aquellos sujetos que, debido a circunstancias genéticas, familiares, orgánicas, psicológicas y sociales, son considerados sujetos excepcionales bien en una

esfera concreta de su persona (intelectual, físico, sensorial, psicológico o social) o en varias de ellas conjuntamente” (p.3).

Es a partir del Principio de Normalización y el informe Warnock de 1978 donde se consolida el concepto de Necesidades Educativas Especiales, con esto queda establecido el derecho a la educación de todos los niños, niñas y jóvenes indistintamente de los problemas que se presenten en su proceso de desarrollo, por lo que la educación queda configurada como un continuo de esfuerzos por parte del sistema educativo de proporcionar los apoyos y recursos necesarios para dar respuestas educativas que favorezcan el máximo desarrollo de los estudiantes (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

La educación especial se inicia en Chile en el año 1852 con la creación de una escuela que enseñaba a niños y niñas sordos en Santiago.

A partir de 1928 con la Reforma Educacional se crea la primera escuela especial para niños y niñas con déficit intelectual, desde esta fecha estos establecimientos pasan a formar parte del sistema educacional chileno (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

A partir de la década del 50 el Ministerio de Educación inicia una política específica para lograr mayor cobertura de atención de niños, niñas y jóvenes con déficit intelectual.

A mediados de la década del 60 con la finalidad de consolidar la educación especial se inician diversas acciones, entre ellas la creación de carreras en el área de la Educación Especial y grupos de investigación para estudiar el déficit intelectual, como consecuencia se elaboró un plan de trabajo el cual contemplaba el perfeccionamiento docente, aumento de infraestructura adecuada, investigación y experimentación en el área y situación jurídica con el fin de otorgar protección integral, lo que incluía trabajo, educación, asistencia sanitaria y asistencia legal (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

Hasta el año 1975 la demanda de atención por parte de niños con problemas de aprendizaje se realizaba en los hospitales infantiles que tuvieran servicio de psiquiatría y neurología lo que trajo como consecuencia el desarrollo y consolidación del enfoque médico-rehabilitador de la educación especial, ya que los docentes participaban en las reuniones clínicas de los servicios hospitalarios en donde se analizaban y planificaban las acciones terapéuticas a realizar en los estudiantes (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

En 1976 es publicado en el país el primer programa de estudio específico oficial para la discapacidad intelectual.

En las escuelas normales se comienzan a incorporar electivos para profesores sobre educación especial denominados Pedagogía Terapéutica (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

A partir de la década de los 80 se dictan por primera vez la mayoría de los decretos que aprueban planes y programas de estudio para la educación especial y diferencial con el propósito de favorecer acceso y permanencia de los estudiantes con discapacidades en el sistema común por lo que se dictan excepciones reglamentarias para tal fin:

- Evaluación diferenciada
- Exención de evaluación acumulativa hasta en dos asignaturas
- Exención de una asignatura.

Los docentes de las escuelas especiales por su parte realizan acciones preventivas coordinándose con establecimientos de educación básica municipales y particular subvencionadas para facilitar la integración al sistema de educación común de los estudiantes que no tuvieran déficit intelectual y promoviendo alternativas laborales para los que no podían integrarse al sistema común (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

En 1989 se conforman equipos para elaborar planes y programas de estudio para las distintas discapacidades, pero estos planes se realizaron descontextualizado del curriculum común centrándose en el déficit.

A partir de los 90 Chile inicia un proceso de reforma educacional con el objetivo de lograr una mayor equidad y calidad en la educación que contribuyan a la integración social de todos, fundamentados en las declaraciones y acuerdos internacionales para el desarrollo de sistemas educativos más inclusivos (Godoy, Meza y Salazar, 2004), promulgándose la Ley 19.284 sobre la plena integración social de las personas con discapacidad.

A partir del año 2001 el aumento en el presupuesto para la educación especial permitió desarrollar avances en la normativa de la educación especial y en la generación de recursos para los estudiantes con discapacidad intelectual. En el 2004 con la institucionalización del Programa de Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación (MECE), la educación Especial cuenta por primera vez con mayores recursos para el desarrollo de los programas públicos en esta área (Godoy, Meza y Salazar, 2004).

En el año 2010 la educación especial es reconocida por la Ley General de Educación y amplía las subvenciones otorgadas tanto para el sistema de educación regular como especial. Establece a su vez que se debe desarrollar un reglamento que norme los

requisitos, pruebas diagnósticas, e instrumentos que se utilicen en los diagnósticos realizados a los estudiantes que presentan necesidades educativas especiales. (Ministerio de Educación, decreto 170, 2010).

A partir del año 2017 comienza la implementación gradual del Decreto 83, promulgado en el año 2015 lo que posibilita a las escuelas especiales tener como referente el currículo nacional realizando las adecuaciones que necesiten sus estudiantes. Contemplado para el desarrollo de sus planes de estudio: Ámbitos y Núcleos, para el Nivel de Educación Parvularia; y Asignaturas y sus Ejes, en el Nivel de Educación Básica, considerando además horas de libre disposición para el desarrollo de actividades inclusivas en la comunidad.

2.1.3. Escuela Especial

Se entiende por Escuelas Especiales, aquellas que reciben niños, niñas y jóvenes desde los 0 a los 24 años, con diagnóstico de déficit intelectual leve, moderado y severo, el cual debe ser efectuado por un profesional idóneo (psicólogo, médico pediatra, neurólogo, psiquiatra, médico familiar y educador especial o diferencial) que se encuentre inscrito en el Registro Nacional de Profesionales de la Educación Especial (Ministerio de Educación, 2010).

La evaluación diagnóstica debe ser integral y multidisciplinaria, en el ámbito educacional, se debe considerar la información y antecedentes entregados por la familia y los profesores, los instrumentos de medición cuantitativa deberán estar validados en Chile y ser específico para la edad del o la estudiante (Ministerio de Educación, 2010).

En el ámbito de la salud los criterios de evaluación serán tomados de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), de manera de tener una visión sistémica del o la estudiante (Ministerio de Educación, 2010).

El plan de estudio tiene una duración de 20 años distribuido de la siguiente forma:

Nivel Prebásico: comprende las edades entre 2 y 7 años con un máximo de 8 estudiantes por curso.

Nivel Básico: comprende las edades entre 8 y 15 años con un máximo de 15 estudiantes por curso.

Nivel Laboral: comprende las edades entre 16 y 24 años con un máximo de 15 estudiantes por curso.

2.1.4. Adolescencia y Discapacidad

La adolescencia se entiende como el periodo evolutivo humano comprendido entre la infancia y la adultez, es una etapa marcada por los cambios biológicos, psicológicos y/o sociales (Lara,1996; Aliño, López y Navarro, 2006; Mafla, 2008; Craig y Baucum, 2009).

La Organización Mundial de la Salud la define como:

El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Esta etapa del ciclo vital está condicionada por procesos biológicos que son de carácter universal y procesos sociales, económicos y culturales que harán que fluctué la edad de inicio y finalización de la adolescencia (OMS, 2019).

La adolescencia se encuentra dividida en dos etapas: adolescencia temprana entre los 10 y 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 años:

Adolescencia temprana: tiene su comienzo en la pubescencia que surge aproximadamente dos años antes de la pubertad. En las niñas en promedio surge a los 10 años y en los niños la edad promedio es a los 12 años.

1-Se caracteriza por cambios repentinos en la estatura y masa corporal.

2- Se produce el desarrollo y crecimiento de las características sexuales primarias, lo que permite la reproducción.

3-Aparecen las características sexuales secundarias, que se traduce en el crecimiento de vello en el pubis, axilas, cara; el engrosamiento de la voz en los hombres debido a los cambios hormonales y el crecimiento de la laringe.

4- Se produce la menarquia en las mujeres y la eyacularquia en los hombres (Lara, 1996; Aliño, López y Navarro, 2006; Craig y Baucum, 2009; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2011).

Adolescencia tardía: El cuerpo sigue desarrollándose, pero ya se han generado los cambios físicos más importantes, hay una mayor independencia de los padres, las amistades se desplazan por las relaciones de pareja, se adquiere mayor confianza, la identidad está más definida, construyen un proyecto de vida basado en sus opiniones y

valores (Aliño, López y Navarro, 2006; Craig y Baucum, 2009; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2011).

Como se mencionó en un inicio los cambios biológicos y psicológicos se dan en todos los adolescentes, esto quiere decir sin discapacidad y con discapacidad; sin embargo, los procesos sociales que se dan en esta etapa evolutiva suelen ser diferente en los adolescentes con discapacidad intelectual ya que muchas veces el entorno los limita y controla, privándolos de un desarrollo similar al de sus pares sin discapacidad (Ministerio de Educación, 2007, p.12).

2.1.4 Calidad de Vida

Los inicios del uso de este concepto fueron en Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, ya que los investigadores precisaban conocer las percepciones de las personas sobre su vida y sobre sus finanzas.

Su uso frecuente será a partir de los años 60, cuando se inicien investigaciones en calidad de vida tomando datos como el nivel socioeconómico, el nivel de educación y el tipo de vivienda, pero estos datos eran insuficientes ya que solo explicaban el 15% de la varianza de la calidad de vida individual.

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de la varianza en la calidad de vida de las personas, ya que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de esta (Gómez y Sabeh, 2000; Ardila, 2003; Urzua y Caqueo, 2012). Actualmente se confunde la calidad de vida con otros términos como bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, salud mental, felicidad, autoreporte de salud, etc.

Las investigaciones sobre Calidad de Vida son muy importantes para los servicios humanos ya que permiten la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

Shalock (2000) afirma que si existen apoyos adecuados y apropiados en ambientes normales y cotidianos la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual mejorara significativamente (Shalock, 2000).

Gómez y Sabeh (2000) manifiestan que el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas

internacionales y nacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad (Gómez y Sabeh, 2000, p. 3).

2.1.4.1 Definiciones de Calidad de Vida

Una de las primeras definiciones sobre Calidad de Vida que intenta generar acuerdos conceptuales sobre los indicadores objetivos que debían medirse proviene de investigadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 1973 que describen la calidad de vida de una persona en relación a una serie de aspectos sociales centrales:

A.- Salud:

1. Probabilidad de una vida sana a lo largo de todas las etapas de la vida.
2. Impacto de los impedimentos de salud en las personas.

B.- Desarrollo mediante la educación:

1. Adquisición por los niños de los conocimientos básicos, habilidades y valores necesarios para su desarrollo individual y su funcionamiento adecuado como ciudadanos en sociedad.
2. Oportunidades para continuar el autodesarrollo y propensión de las personas a utilizarlas.
3. Mantenimiento y desarrollo del conocimiento, habilidades y flexibilidad precisas para lograr su potencial económico y para poder integrarse ellos mismos en el proceso económico si lo desean.
4. Satisfacción individual con el proceso de desarrollo individual durante el proceso educativo.
5. Mantenimiento y desarrollo de la herencia cultural relativa a la contribución positiva al bienestar de los miembros de los diversos grupos sociales.

C.- Empleo y calidad de vida laboral:

1. Disponibilidad de disponer de empleo remunerado para aquellos que lo desean.
2. Calidad de la vida laboral.
3. Satisfacción individual en la vida laboral.

D.- Tiempo y ocio:

1. Posibilidad de elegir el uso del tiempo.

E.- Bienes y servicios:

1. Disponibilidad personal de bienes y servicios.
2. Número de personas que sufren privación material.

3. Extensión de la equidad en la distribución del control sobre bienes y servicios.
4. Calidad, alcance de la elección y accesibilidad de los bienes y servicios privados y públicos.
5. Protección individual y familiar contra riesgos económicos.

F.- Entorno físico:

1. Condiciones de la vivienda.
2. Exposición de la población por el uso y gestión del entorno físico.

G.- Seguridad personal y administración de justicia:

1. Violencia, daños y persecución sistemática sufrida por las personas.
2. Equidad y humanidad de la administración de justicia.
3. Extensión de la confianza en la administración de justicia.

H.- Oportunidad social y participación:

1. Grado de desigualdad social.
2. Extensión de la oportunidad para participar en la vida comunitaria y en las instituciones, así como para la toma de decisiones (González, Bousoño, González, Pérez de Albéniz y Bobes, 1993, p. 21).

En 1977 Shaw define la Calidad de Vida a partir de una forma objetiva y cuantitativa, creando una ecuación, que consiste en que La Calidad de Vida individual: $QL = NE \times (H + S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución realizada por la sociedad” (Shaw 1977, citado por Urzúa y Caqueo, 2012).

En el año 1990, Ferrans propone que la Calidad de Vida puede ser definida como “el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.” (Ferrans, 1990, citado por Urzua y Caqueo, 2012).

Unos años más tarde el concepto es definido por Felce y Perry (1995, citado por Gómez-Vela y Sabeh, 2000) afirmando que existen cuatro conceptualizaciones relevantes en la Calidad de Vida:

- a. Calidad de las condiciones de vida de una persona
- b. Satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales
- c. Combinación de componentes objetivos y subjetivos (calidad de las condiciones de vida junto a su satisfacción correspondiente)
- d. Combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderada por la escala de valores de la persona (p.197).

A partir de estas afirmaciones el concepto adquiere dimensiones subjetivas siendo indicadores la satisfacción personal, la felicidad o bienestar psíquico, por lo que el interés se focaliza en entender las reacciones subjetivas de la persona en presencia o ausencia de determinados eventos de la vida (Cummins 1997, citado en Rojas, 2004). En el año 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad de vida como:

La percepción de los individuos de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones, la cual estará afectada por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y las características del ambiente (OMS, 1997, p. 3).

Es esta definición la primera en unificar los componentes subjetivos y objetivo de las personas para la evaluación de la Calidad de Vida de estos, dando inicio a las conceptualizaciones que hoy en día se conocen.

La necesidad de llegar a consenso sobre las dimensiones e indicadores de la calidad de vida lleva en el año 2000 a la Asociación Internacional para el Estudio de las Discapacidades Intelectuales (en inglés Association for Scientific Study of Intellectual Disabilities (IASSID) a desarrollar una serie de principios que permiten clarificar el concepto, su medición y su aplicación a nivel personal, funcional, objetivo y social, en donde Schalock y colaboradores describen cinco como los indicadores de la calidad de vida (Losada, 2017, p. 96).

Los principios son los siguientes:

1. Para personas con discapacidad intelectual se compone de los mismos factores y relaciones que son importantes para aquellos que no la tienen.
2. Se experimenta cuando las necesidades de una persona están satisfechas, y cuando se tiene la oportunidad de perseguir una vida enriquecida en los contextos principales de la vida.
3. Tiene componentes objetivos y subjetivos; pero es primordialmente la percepción del individuo la que refleja la calidad de vida que experimenta.
4. Está basada en las necesidades individuales, elecciones y control.
5. Es un constructo multidimensional influenciado por factores ambientales y personales (Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith, and Parmenter, 2002, p. 460).

Este paradigma del concepto de Calidad de Vida será el eje central de esta investigación, la conceptualización de Calidad de Vida, según Schalock y Verdugo (2007), es la siguiente:

“Un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas –universales- y émicas -ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales” (Schalock y Verdugo, 2007, p. 2).

En la actualidad el modelo de calidad de vida de Shalock y Verdugo es reconocido por la comunidad científica debido a veinte años de investigaciones, a su vez ha sido validado transculturalmente y está conformado por ocho dimensiones: 1) bienestar emocional; 2) relaciones interpersonales; 3) bienestar material; 4) desarrollo personal; 5) bienestar físico; 6) autodeterminación; 7) inclusión social y 8) derechos.

- Bienestar emocional: seguridad, ambientes estable y previsible, retroalimentación positiva.
- Relaciones interpersonales: afiliaciones, afecto, amistades, interacciones.
- Bienestar material: propiedades, posesiones, empleo.
- Desarrollo personal: educación y habilitación, involucrarse y desarrollar actividades para su propio proyecto de vida.
- Bienestar físico: salud, movilidad, bienestar, nutrición adecuada.
- Autodeterminación: elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
- Inclusión social: apoyos naturales, entorno integrado.
- Derechos: privacidad, participación en la comunidad, casarse, tener hijos (si así lo quisieran) (Schalock et al., 2002, p. 463).

Este concepto de calidad de vida está alineado con los derechos promulgado por la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad llevada a cabo en el año 2006, por lo que se hace significativo y determinante para desarrollar políticas y programas para las personas con discapacidad intelectual (Navas, Gómez, Verdugo y Schalock, 2012).

2.1.5. Autodeterminación

La autodeterminación tiene sus inicios históricos para las personas con discapacidad intelectual en la Normalización, la vida independiente y Movimientos por los derechos de las personas con discapacidad de los años sesenta y setenta. (Nirje, 1969).

En un principio hacía referencia al derecho de una nación al autogobierno, posteriormente fue apropiado por defensores de los derechos de las personas con discapacidad para referirse a su derecho a tener control en sus vidas (Ward (1996), citado en Wehmeyer, 1997), la autodeterminación para las personas con discapacidad intelectual es la posibilidad de ejercer sus derechos y responsabilidades civiles igual que el resto de la población (Wehmeyer, 1997; Wehmeyer, 2005, Wehmeyer, 2014).

Otro uso de la autodeterminación viene de las teorías de la motivación de Deci y Ryan que hace referencia a la autodeterminación como una motivación interna de la persona.

Estos autores la describen como:

“La tendencia inherente a buscar la novedad y el desafío, a extender y ejercitar las propias capacidades, a explorar, y a aprender” (Deci y Ryan, 2000, p.3).

A partir de los años 90 se generaron una serie de proyectos financiados por el Ministerio de Educación de los Estados Unidos donde se desarrollaron programas escolares para potenciar la autodeterminación, entendiendo la relevancia que tenía en las personas adultas por lo que se hizo parte de los currículos de los establecimientos escolares Wehmeyer desarrolló un marco de definición para la autodeterminación la cual describe como:

“Actuar como el agente causal primario en la vida de uno y hacer elecciones y tomar decisiones con respecto a la calidad de vida de uno, libre de influencia externa o interferencia innecesaria” (Wehmeyer, 1997, p.177; Wehmeyer, 1999, p.56; Wehmeyer, 2005, p.117, Wehmeyer, 2014, p.4; Wehmeyer and Schwartz, 1998, p. 4).

Ser el agente causal significa hacer que sucedan situaciones o cosas en su vida (Deci y Ryan, 2000).

En este marco de definición, un acto o evento es autodeterminado si las acciones del individuo reflejan cuatro características esenciales: (1) Los actos son realizados autónomamente (2) las conductas son autorreguladas; (3) la persona inicia y responde a los eventos de manera "psicológicamente empoderada"; y (4) la persona actúa de manera autorrealizada (Wehmeyer, 1997, p.178; Wehmeyer, 1999, p.56; Wehmeyer, 2005, p.117; Wehmeyer, 2014; Wehmeyer and Schwartz, 1998, p. 4).

2.1.5.1. Modelos teóricos de autodeterminación

Estos Modelos comparten el estar diseñados para promover la autodeterminación de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual en el ámbito escolar en los Estados Unidos para abogar por el derecho a la igualdad en la calidad de vida, por lo que se han utilizado a nivel internacional y nacional para generar políticas públicas en diferentes áreas y principalmente en los Programas de Educación Especial.

2.1.5.1.1. Modelo de Autodeterminación de Field y Hoffman (1994)

Este modelo se refiere a la forma en que las personas pueden lograr y mantener la autodeterminación en entornos de diferentes niveles de receptividad y apoyo, no niega la influencia del entorno, pero se centra en la capacidad de la persona para ser autodeterminada en distintos ámbitos (Field and Hoffman, 1994)

El modelo propuesto tiene cinco componentes principales:

- 1) Conocimiento de uno mismo,
- 2) Valoración o evaluación que se hace de sí mismo,
- 3) Planificación, actuación y ejecución de acciones,
- 4) Experiencia de aprendizaje y de logro a lo largo de la vida (Field and Hoffman, 1994, p. 164).

1. Conocimiento de uno mismo: conocerse a uno mismo es conocer las fortalezas, debilidades, necesidades y preferencias. Si uno no se conoce a sí mismo es poco probable que esa persona actúe en su propio interés (Field and Hoffman, 1994, p.165).

2. Valoración o evaluación de sí mismo: consiste en la autoaceptación y autoestima, y una comprensión de los derechos y responsabilidades de uno. La autoaceptación incluye la capacidad de admirar las fortalezas y también los aspectos del yo que a menudo son vistos como debilidades, a su vez aceptarse y valorarse también incluye la motivación y el cuidado emocional, mental y físico (Field and Hoffman, 1994, p.166).

3. Planificación, actuación y ejecución de acciones: la habilidad de planificación implica establecer apropiados y significativos objetivos a largo plazo que se componen de varios objetivos a corto plazo y una serie de pasos que, cuando se logran, darán el resultado deseado (Field and Hoffman, 1994, p.167).

4. Experiencia de aprendizaje y de logro a lo largo de la vida: las expresiones de autodeterminación también generan autodeterminación. Cualquier esfuerzo realizado hacia la autodeterminación proporciona la oportunidad de ayudar a un individuo a aprender a ser más autodeterminado. El aprendizaje se mejora cuando uno es capaz de ver y experimentar cambios que han ocurrido y puede evaluar el progreso comparando los logros con lo que se esperaba en términos del resultado y el rendimiento, lo que permitirá hacer los cambios necesarios para promover la autodeterminación (Field and Hoffman, 1994, p.167).

2.1.5.1.1.2. Modelo Ecológico Tripartito de Abery y Stancliffe (1996)

Abery y Stancliffe (1996) propusieron un modelo ecológico de autodeterminación que define el concepto de autodeterminación como:

"Un proceso complejo, cuyo objetivo final es lograr el nivel de control personal en las áreas de la vida que una persona percibe como importantes" (Wehmeyer y Abery, 2013 p. 4)

El modelo ecológico considera que la autodeterminación está impulsada por la motivación intrínseca de las personas para ser el determinante principal de sus pensamientos, sentimientos y comportamiento, no es sinónimo de independencia y autonomía, más bien, implica que la persona determine en qué contextos y en qué medida se manifestarán estos comportamientos, la manera que utiliza las habilidades, el conocimiento y las creencias a su disposición para actuar sobre el medio ambiente con el objetivo de obtener resultados deseados, en consecuencia, la autodeterminación es el producto de la persona en relación con el entorno (Wehmeyer y Abery, 2013 p. 4).

El modelo ecológico se derivó de la perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979), que plantea que las personas están dentro de un sistema en el cual las personas se desarrollan y viven. Se considera que consta de cuatro niveles: microsistema, mesosistema, exosistema, y macrosistema (Wehmeyer y Abery, 2013 p. 4).

1.Microsistema: se refiere a los roles, relaciones interpersonales y patrón de actividades experimentados por una persona en un contexto con características físicas y materiales determinadas y con personas con características particulares de temperamento, competencia y sistema de creencias, por lo tanto, el microsistema es el entorno donde la

persona se desarrolla diariamente. La familia, la escuela, el trabajo, el grupo de pares, la comunidad, etc. (Bronfenbrenner 1979, p. 7).

2.Mesosistema: Bronfenbrenner (1979) definió el mesosistema como:

“Un conjunto de interrelaciones entre dos o más entornos en los que la persona en desarrollo se convierte en un participante activo”, es decir las relaciones que se producen entre los distintos sistemas que se crean en el microsistema (familia, escuela, trabajo, servicios de salud) (Bronfenbrenner 1979, p. 210).

3.Exosistema: Un exosistema ha sido definido como un sistema que no involucran a la persona en desarrollo como participante activo, pero ciertos eventos que ocurren afectan, o son afectados por lo que pasa en ese escenario, para lo que será necesario establecer una secuencia causal, es decir encontrar conexión y vincular los procesos del microsistema a los cambios en una persona dentro de ese entorno (Bronfenbrenner 1979, p. 237).

4.Macrosistema: Se refiere a las culturas y subculturas que existen dentro de una sociedad o entre distintas sociedades, se puede esperar que sean diferentes entre sí, pero relativamente homogénea en los siguientes aspectos: los tipos de ajustes que contienen, las etapas a las que las personas ingresan en etapas sucesivas de sus vidas, el contenido y organización de actividades, roles y relaciones encontradas dentro de cada tipo de entorno, y el alcance y naturaleza de las conexiones existentes en la vida de la persona en desarrollo (Bronfenbrenner 1979, p. 258).

2.1.5.1.1.3. Modelo Funcional de Autodeterminación de Wehmeyer (1999)

Este modelo fue propuesto en 1999 por Michael Wehmeyer para promover la autodeterminación en el ámbito educativo partiendo de la teoría de Autoeficacia de Bandura (1979) y la Teoría de la Motivación Intrínseca de Deci y Ryan (1995) (Wehmeyer, 1999).

Por lo que parte de la premisa que la autodeterminación es tener la capacidad de elegir y participar en una actividad por voluntad interna de la persona no por estar presionado u obligada a involucrarse.

La teoría de Bandura postula que la persona puede ejercer influencia sobre lo que hace, aun cuando el comportamiento humano está influenciado por muchos factores de

interacción, lo que implica que son contribuyentes en lo que les sucede más que únicos determinantes de sus vidas, lo que los convierte en agentes, ya que ser agente significa realizar actos intencionadamente (Wehmeyer, 1999).

Por lo que Wehmeyer finalmente definió la autodeterminación como:

"Actuar como el agente causal primario en la vida de uno haciendo elecciones y tomando decisiones con respecto a la calidad de vida sin influencia o interferencia externa indebida" (Wehmeyer, 1997, p.177, Wehmeyer, 1999, p.56; Wehmeyer, 2005; Wehmeyer, 2006, p. 9; Wehmeyer and Schwartz, 1998, p. 4).

Se entiende como interferencia externa indebida a que la persona no sea obligada a realizar una determinada acción, no al hecho de que haga todo de manera independiente, ya que como manifestó Angyal (1941) los humanos somos interdependientes con otros humanos, debido a que nuestras vidas están entremezcladas con muchas otras, dependemos de otras personas en nuestras decisiones, por ejemplo, de familiares, cónyuges, médicos y/u otros (Wehmeyer, 1999, p.56).

Nuestros planes son interferidos por los planes o acciones de otros, a veces a nuestro beneficio, por lo que ser autodeterminado no refleja la ausencia de interferencia o influencia más bien refleja elecciones y decisiones tomadas sin excesiva interferencia o influencia que a su vez será entendida como subjetiva ya que esta influencia dependerá de la persona y de la cultura (Wehmeyer, 1999, p. 56).

"El comportamiento autodeterminado presenta ciertas características esenciales, que pueden variar por la época o el contexto, pero siempre están presentes. Cada característica es necesaria, pero no suficiente para un comportamiento autodeterminado" (Wehmeyer, 1999, p. 57).

2.1.5.1.1.3.1. Características esenciales de la Autodeterminación

En este modelo se presentan cuatro características principales para la autodeterminación:

1-Autonomía Conductual: Se entiende como individuación o formación de la identidad de la persona.

Sigafoos, Feinstein, Damond y Reiss (1988) la definieron como:

"Una progresión de la dependencia del cuidado por parte de terceros hacia la orientación del autocuidado y la autodirección" (Wehmeyer, 1999, p. 57).

Lo que resultara en un funcionamiento autónomo en distintas áreas de la vida de una persona (familiar, laboral, recreativas, ocio). Estas actividades involucran el uso de recursos comunitarios y el cumplimiento de obligaciones personales, este comportamiento no debe confundirse con conductas egoístas o egocéntricas (Wehmeyer, 1999, p. 57).

2-Comportamiento autorregulado: Whitman (1990) definió la autorregulación como:

"Un complejo sistema de respuesta que permite a las personas examinar sus ambientes y sus repertorios de respuestas para hacer frente a los entornos, para tomar decisiones sobre cómo actuar, evaluar la conveniencia de los resultados de la acción, y revisar los planes necesarios para conseguirlo" (Wehmeyer, 1999, p. 57).

Para lo que Agran (1992) manifiesta que la persona debe tener autocontrol, autoaprendizaje, autoevaluación y autoreforzamiento, establecimiento de objetivos y logros, capacidad para resolver problemas y tomar decisiones (Wehmeyer, 1999, p.57).

3-Fortalecimiento o Empoderamiento psicológico: Se refiere a la capacidad de la persona para observarse y aprender estrategias para ejecutar comportamientos asertivos, así como la capacidad de autoinstrucción y valoración del comportamiento.

Aunque la autodeterminación es presentada en este marco teórico como característica disposicional, donde las características funcionales de las acciones de la persona definen su nivel de autodeterminación, esto no minimiza la contribución de las cogniciones y percepciones a la realización de tales comportamientos (Wehmeyer, 1999, p.57), ya que percepciones positivas de control (empoderamiento psicológico) son el resultado de la "esperanza aprendida".

Zimmerman (1990) definió la esperanza aprendida como el "proceso de aprender y utilizar habilidades de resolución de problemas en relación al control percibido" (Wehmeyer, 1999, p.57).

4-Autorrealización: Angyal (1941) la define como:

"Tendencia a dar curso o forma a la vida en un todo significativo" (Wehmeyer, 1999, p. 58).

Por lo tanto, las personas que son autodeterminadas se caracterizan por presentar un comprensivo, preciso y razonable conocimiento de ellos mismos, así como sus fortalezas y limitaciones para actuar. Este autoconocimiento y autocomprensión se forma a través de la experiencia y la interpretación del entorno, y está influenciado por las evaluaciones de otros significativos, el refuerzo, y atribuciones que realiza la persona del propio comportamiento (Wehmeyer, 1999, p. 58).

Al mejorar la capacidad individual como los entornos y los apoyos a las personas con discapacidad intelectual se facilitará la potenciación de la autodeterminación, dándole énfasis a la conducta autónoma, la capacidad de decidir, elegir y experimentar control (Wehmeyer, 1999, p. 59). Este modelo es el que se utilizó como marco teórico en la escala The Arc's Self-Determination elaborada por Michael Wehmeyer y colaboradores en 1995, para medir la autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual en el contexto educativo, es la escala que cuenta con la mayor aceptación a nivel internacional para medir la autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual, fue adaptada a la lengua española por Miguel Ángel Verdugo y colaboradores en el 2014 y es el instrumento de referencia de medición de la autodeterminación para la población de habla hispana en adolescentes con discapacidad intelectual.

CAPITULO III. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1.- Paradigma investigativo

La presente investigación, fue realizada sobre la base del paradigma positivista o explicativo, ya que se utilizó métodos cuantificables y la objetividad en el proceso llevado a cabo, con los que se pretendió generalizar la información tomada de una muestra a una población. (Bogdan y Taylor (1975) citado en Cook y Reichardt, 1986; Briones, 2002; Monje, 2011; Hernández, Fernández y Batista, 2010).

3.2.- Metodología de la investigación

El presente estudio fue de tipo cuantitativo por su naturaleza secuencial y probatoria (Briones, 2002; Canales, 2006; Hernández, Fernández y Batista, 2010), donde se responderán las interrogantes surgidas de la literatura revisada a través de aplicación de cuestionario estandarizado y validado para la población que se pretende

estudiar, a su vez se utilizó programa de análisis estadístico para analizar los datos recogidos. (Briones, 2002; Sampieri, Fernández y Batista, 2010; Monje, 2011).

3.3.- Tipo y características del estudio

La presente investigación fue de tipo cuantitativa no probabilística, estratégica, ya que la muestra se buscó a criterio de la investigadora (Briones, 2002; Hernández, Fernández y Batista, 2010).

3.4.- Diseño de investigación

Para la presente investigación se utilizó un diseño de investigación ex post facto o no experimental ya que se observaron los fenómenos en su contexto natural para posteriormente analizarlos; a su vez fue de tipo transeccional ya que la recolección de datos se realizó en un único momento y descriptivo, ya que como lo menciona Hernández, Fernández y Batista (2010) “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.151), por lo que se utilizó la técnica de recolección de datos a través de muestreo estadístico no probabilístico, estratégico (Briones, 2002; Cook y Reichardt, 1986; Hernández, Fernández y Batista, 2010) ya que se recolectaron aquellos datos que estuvieron al alcance de la investigadora que cumplieran con los criterios de inclusión mencionados a continuación.

3.5.- Universo, población, muestra, fuentes de información.

El universo a investigar fue adolescentes con déficit intelectual leve y moderado.

La muestra correspondió a adolescentes entre 15 y 18 años, mujeres y hombres con déficit intelectual leve y moderado que asistieran a escuelas especiales del Gran Valparaíso que desearan participar voluntariamente en dicha investigación.

La población se encuentra comprendida entre los cursos de octavo básico y laboral 1, en cuyos cursos también se encuentran matriculados adolescentes desde los 12 años en octavo básico y jóvenes hasta los 22 años en Laboral 1.

A su vez en estos cursos también asisten adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual severa, que no se encuentran contemplados en esta investigación, ya que el instrumento fue validado en población con discapacidad intelectual leve y moderada.

Lo anteriormente mencionado no posibilita determinar con exactitud el número de la población entre 15 y 18 años con discapacidad intelectual leve y moderada que asisten a escuelas especiales del Gran Valparaíso.

Población total de:

COMUNA	MATRICULA	MATRICULA
	Grado o Nivel	Grado o Nivel
	8° Básico	Laboral 1
	12 a 15 años	16 a 22
Quilpué	38	77
Villa Alemana	15	100
Concón		21
Viña del Mar	50	172
Valparaíso	32	162
TOTAL	135	532

Tabla 2: Matriculas totales Escuelas Especiales del Gran Valparaíso

Fuente: Unidad Estadística. Departamento de Planificación. Secretaría Ministerial de Educación Región de Valparaíso (2019).

Los criterios de inclusión para la muestra fueron:

-Adolescentes con discapacidad intelectual leve y moderada que asistieran a escuelas especiales entre 15 y 18 años de edad de las comunas que conforman el Gran Valparaíso.

-Tener un nivel de comunicación adecuado para comprender y responder la Escala, ya que es un cuestionario de autoaplicación.

-Adolescentes de ambos sexos, el número de cada sexo para la muestra a analizar se determinó por el acceso que se tuvo a las mismas.

-Los adolescentes debían ser autorizados por sus padres y/ o apoderados a través de consentimiento informado previo a la investigación.

-Los adolescentes debían dar asentimiento informado el día de la aplicación del cuestionario para poder participar en la investigación.

La fuente de información fue la que cumplió con los criterios de inclusión antes mencionados al momento de la aplicación del cuestionario ARNC -INICO (2014).

Para la obtención de la muestra se solicitó la colaboración de escuelas especiales pertenecientes a las comunas de Concón, Quilpué, Villa Alemana, Viña del mar y Valparaíso, las cuales conforman el Gran Valparaíso, un total de 11 escuelas aceptaron participar voluntariamente y los profesionales se mostraron interesados en que participaran los estudiantes, por lo que se involucraron activamente en implicar a los estudiantes y familias. La escala se aplicó a un total de 80 adolescentes entre 15 y 18 años de ambos sexos, donde el 62,5% fueron hombres (n=50) y el 37,5% correspondió a mujeres (n=30).

El promedio de edad fue 16 años (dt=1,14); donde el 21,3% tenía 15 años (n=17); el 28,8% tenía 16 años (n=23); 18,8% tenía 17 años (n=15) y el 31,3% tenía 18 años (n=25). El 45% tenía discapacidad intelectual moderada (n=36) y el 55% tenía discapacidad intelectual leve (n=44). El 20% asistía a 8° básico (n=16) y el 80% a laboral 1(n=64). El 7,5% vivía en institución (n=6); el 52,5% vivía con ambos padres (n=42) y el 40% vivía con uno de sus padres (n=32) principalmente con la madre (84,4%, n=27).

3.6.- Instrumentos de recolección de datos.

Como instrumento de recolección de información se utilizó la Escala ARC- INICO de Autodeterminación elaborada por Verdugo, M; Vicente, E Fernández, R; Gómez, M; Wehmeyer, M y Guillén, V. (2014), fue adaptada de la Escala desarrollada por Michael Wehmeyer denominada The Arc's Self-Determination Scale (1995).

La escala de autodeterminación elaborada por Verdugo y colaboradores está dirigida a población adolescente entre 11 y 19 años con discapacidad intelectual y del desarrollo. La cual consta de 61 ítems en total, los que se encuentran distribuidos en cuatro secciones:

- 1). Autonomía: la cual se entiende como independencia en el funcionamiento y poder elegir y actuar en función de las preferencias de la persona en distintos contextos. La cual está constituida por veinte y cinco ítems; que van desde el ítem 1 al 25.
- 2). Autorregulación: evalúa el manejo de estrategias de autogestión y la capacidad de planificación y establecimiento de metas, está conformada por doce ítems; que va del ítem 26 al 37.
- 3). Empoderamiento: evalúa las expectativas de control y eficacia y la expresión de conductas de autodefensa y auto representación en los alumnos, la cual cuenta con catorce ítems; que van del ítem 38 al 51.
- 4). Autoconocimiento: evalúa el conocimiento que el alumno tiene de sus capacidades y limitaciones, así como la valoración personal que hace de sí mismo, está formada por diez ítems que va del ítem 52 al 61 (Verdugo, Vicente, Gómez, Fernández, Wehmeyer, Badia, González, y Calvo, 2014).

3.7.- Criterios de cientificidad

Se utilizo Escala específica para la población a investigar (Escala de Autodeterminación para adolescentes con déficit intelectual y del desarrollo de Verdugo et al, 2014). El analisis de la consistencia interna de escala y las secciones que la forman se llevó a cabo mediante el índice alfa de Cronbach y alfa de Cronbach estandarizado. Los resultados obtenidos para las secciones que forman la escala y para la Escala ARC-INICO en su conjunto fue $\alpha = .922$; α estandarizado = .924.

La consistencia interna es superior a .900 y la consistencia por sección fue superior a .700 (Verdugo, Vicente, Gómez, Fernández, Wehmeyer, Badia, González, Calvo, 2014) lo que da cuenta de una alta validez y confiabilidad del instrumento utilizado.

Consistencia interna de las secciones de la Escala ARC- INICO

SECCIONES	α de Cronbach	α de Cronbach estandarizado
AUTONOMIA	.867	.902
AUTORREGULACION	.799	.840
EMPODERAMIENTO	.793	.847
AUTOCONOCIMIENTO	.740	.805

Tabla 3: Consistencia interna de Escala Autodeterminacion

Fuente: Escala ARC-INICO. Manual de aplicación y corrección (2014)

La Escala no se encuentra validada en población chilena por lo que se realizó una adaptación lingüística, la cual fue revisada por dos profesionales de educación diferencial que dieron sugerencias en la semántica utilizada, posteriormente fue aplicada a una muestra de 12 adolescentes de ambos sexos entre 15 y 18 años con discapacidad intelectual leve y moderada; con los resultados obtenidos se realizaron los ajustes necesarios para aplicarla a la muestra.

Los resultados fueron de tipo descriptivo, ya que no es posible realizar otros cálculos debido a que el instrumento no se encuentra validado en población chilena.

3.8.- Técnica de análisis para el tratamiento de los datos.

Para la presente investigación se analizaron los datos por medio del programa SPSS, de IBM, utilizado frecuentemente para estadísticas sociales (Canales, 2004; Hernández, Fernández y Batista 2010), el cual permite procesar gran cantidad de información y a su vez es de carácter flexible, por lo que es posible realizar modificaciones en las variables y registros ingresados. Se realizó análisis estadístico descriptivo por lo que se calcularon la medida de tendencia central, dispersión y frecuencias de los datos.

La medida de tendencia central son los valores medios o centrales obtenidos en la distribución de la medición de la variable analizada. Las principales medidas de tendencia central son: moda, mediana y media. El nivel de medición de la variable determina cuál es la medida de tendencia central apropiada para interpretar los datos obtenidos (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p.286).

Moda: es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia. Se utiliza con cualquier nivel de medición (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 286).

Mediana: es el valor que divide la distribución a la mitad. Es decir, la mitad de los casos caen por debajo de la mediana y la otra mitad se ubica por encima de ésta. La mediana es la posición que se encuentra en el medio de la distribución. Se utiliza para la medición ordinal, por intervalos y de razón, no es útil con variables nominales porque no hay jerarquías, ni noción de encima y abajo. La mediana es útil cuando hay valores extremos ya que no es sensible a éstos (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 287).

Media: es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución. Se simboliza como $\bar{X}$. Se aplica a mediciones por intervalos o de razón (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 287).

La dispersión se obtuvo por medio de las medidas de variabilidad que son los intervalos que indican la dispersión de los datos en la escala de medición (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 287). Las medidas más utilizadas son: rango, desviación estándar y varianza.

Rango: Es la diferencia entre la puntuación mayor y la puntuación menor, e indica el número de unidades en la escala de medición que se necesitan para incluir los valores máximo y mínimo. Se calcula así: $X_M - X_m$ (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 288).

Desviación estándar: es el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media. Se interpreta en relación con la media. Cuanto mayor sea la dispersión de los datos alrededor de la media, mayor será la desviación estándar. Se simboliza como: s o la sigma minúscula, o bien mediante la abreviatura DE (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 288).

Varianza: es la desviación estándar elevada al cuadrado y se simboliza s^2 . La mayoría de las pruebas cuantitativas se fundamentan en él. Diversos métodos estadísticos parten de la descomposición de la varianza. Sin embargo, con fines descriptivos se utiliza preferentemente la desviación estándar (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 288). La frecuencia es un conjunto de puntuaciones respecto de una variable ordenadas en sus respectivas categorías y se presenta en una tabla, histogramas y graficas (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p. 282).

3.9.- Procedimiento.

Para la obtención de la información necesaria para el levantamiento de datos relevantes en torno al tema de investigación y posterior análisis, se llevó a cabo una serie de pasos:

-El primer paso fue ponerse en contacto con los encargados/as de escuelas especiales de las comunas que conforman el Gran Valparaíso a quienes se les explico los alcances de la investigación y se acordaron los días y horarios, así como los espacios donde se realizó la aplicación del cuestionario, posteriormente se llevó carta de solicitud de la investigación a la/ los encargadas/os de cada dependencia administrativa, autorizada por el Departamento de Ética de la Universidad de Las Américas y cartas de presentación de la investigación con consentimiento informado adjunto para padres, apoderados, o tutores legales en el que autorizaran a los adolescentes a participar en la investigación.

-Aplicación del cuestionario: Antes de comenzar se les preguntó a las y los

Actividad	Mes marzo	Mes abril	Mes Mayo	Mes junio	Mes

adolescentes si deseaban participar en la investigación, aquellos que dieron su asentimiento informado se les solicito el consentimiento informado de los padres y/o apoderados. Luego se les describió las características de la investigación y se les comunico el resguardo de la información por parte de la investigadora y la confidencialidad de sus nombres y antecedentes otorgados.

Elaboración de carta de petición y consentimiento informado.	X				
Contactar entrevistados (se fija día, hora y lugar para entrevista)	X				
Aplicación escala de autodeterminación de Verdugo, M et al. (2014)		X			
Ingreso de La información recaudada en base de datos de programa de análisis estadísticos SPSS.		X			
Análisis de los datos recopilados y Resultados de los mismos.			X		
Discusiones, Conclusiones, Limitaciones y Proyecciones				X	

-El proceso de aplicación de cuestionario duro entre 30 y 45 minutos aproximadamente, en grupos de 4 o 5 adolescentes de ambos sexos, con lo que se garantizó apoyo a los adolescentes que así lo requirieran.

Tabla 4: organigrama actividades a realizar proceso de investigación

Fuente: Elaboración propia

-Finalmente se realizó el análisis de los datos obtenidos en programa SPSS, utilizado habitualmente para estadísticas de tipo social.

3.10.- Consideraciones Éticas de la investigación.

Para la presente investigación se tomaron todas las medidas necesarias para resguardar la confidencialidad de las identidades de las personas que participaron en la aplicación del cuestionario de autodeterminación elaborado por Verdugo et al., (2014), para que esto se cumpliera a cabalidad previo a la aplicación del cuestionario se proporcionaron consentimientos informados a las y los adolescentes para que fueran firmados por sus padres y/o apoderado, los cuales se solicitaron el día que se realizó la aplicación de la escala, a su vez se les pidió asentimiento informado a las y los adolescentes el mismo día que se realizó la aplicación del cuestionario asegurando la voluntariedad de participación en la investigación por parte de los y las adolescentes, además se informó antes de la aplicación del cuestionario de autodeterminación la

confidencialidad de la información otorgada por los y las adolescentes para lo cual se explicó que solo la investigadora tendría acceso a los cuestionarios. A su vez se les comunicó la no utilización de la información obtenida para fines que pudiesen perjudicar su integridad moral, ya que dicha información fue utilizada solo con fines académicos.

Se comunico por escrito en el consentimiento informado para apoderados y /o tutores legales y verbalmente a las y los adolescentes al momento de realizar el cuestionario la no retribución económica por participar en la investigación.

CAPITULO IV. RESULTADOS.

4. Resultados descriptivos

	Autonomía	autorregulación	empoderamiento	autoconocimiento
N				
Validos	80	80	80	80
Perdidos	0	0	0	0
Media	59,24	37,65	44,81	32,39
Desviación estándar	7,539	5,969	6,479	4,268
Mínimo	38	19	23	22
Máximo	73	46	56	40

Tabla 5: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24

Fuente: Elaboración propia

Podemos apreciar que en la dimensión de autonomía el puntaje medio obtenido por los adolescentes es de 59,24, con una desviación estándar de 7,54 puntos, un puntaje mínimo de 38 y un máximo de 73 puntos, siendo el puntaje mínimo para esta dimensión 25 y el puntaje máximo 75. Lo que representa un nivel moderado en la dimensión de autonomía de los adolescentes que participaron.

En la dimensión de autorregulación los adolescentes presentaron una media de 37,65 puntos obtenido y una desviación estándar de 5,97 puntos, un puntaje mínimo de 19 y un máximo de 46 como puntaje, siendo 12 el puntaje mínimo y 48 el máximo puntaje a obtener en esta dimensión, lo que representa un nivel moderado de autorregulación en los adolescentes encuestados.

La dimensión de empoderamiento presenta un puntaje medio de 44,81, con una desviación estándar de 6,48, con un mínimo de 23 y un máximo de 56 puntos, siendo 14

el mínimo puntaje a obtener y 56 el máximo, lo que evidencia mayor tendencia al puntaje máximo en esta dimensión.

Parecidos resultados se obtuvieron en la dimensión de autoconocimiento donde la media de los participantes dio 32,39 puntos, presentando un puntaje mínimo de 22 y un máximo de 40 y una desviación estándar de 4,27 puntos por lo que advierte tendencia hacia el puntaje máximo con lo que se evidencia un nivel alto en el dominio de esta dimensión.

4.1. Descripción de los resultados por categorías

Comparación por sexo

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Autonomía	femenino	30	60,17	7,948	1,451
	masculino	50	58,68	7,308	1,033
Autorregulación	femenino	30	38,43	6,511	1,189
	masculino	50	37,74	6,821	,965
Empoderamiento	Femenino	30	45,07	6,674	1,219
	Masculino	50	44,66	6,423	,908
Autoconocimiento	Femenino	30	32,67	4,278	,781
	Masculino	50	32,22	4,297	,608

Tabla 6: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por sexo

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos en la dimensión de autonomía en relación a las adolescentes femeninas la media presentada fue de 60,17 puntos con una desviación estándar de 7,95. Los adolescentes hombres a su vez obtuvieron un puntaje de media de 58,68 y una desviación estándar de 7,3 puntos.

En la dimensión de autorregulación las mujeres presentaron una media de 38,43 con una desviación estándar de 6,5, los hombres por su parte presentaron una media de 37,74 con una desviación estándar de 6,82.

En la dimensión de empoderamiento para el grupo femenino con respecto a la media presentada fue de 45,07 con una desviación estándar de 6,67 puntos. El grupo masculino pondero 44,66 puntos para la media y 6,42 puntos en la desviación estándar.

Para la dimensión de autoconocimiento la media obtenida por las mujeres fue de 32,67 y la desviación estándar fue de 4,28 puntos.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
autonomía	Equal variances assumed	0,293	0,59	0,852	78	0,397	1,487	1,744	-1,986	4,959
	Equal variances not assumed			0,834	57,173	0,407	1,487	1,782	-2,081	5,054
autorregulación	Equal variances assumed	0,042	0,839	0,448	78	0,656	0,693	1,549	-2,39	3,777
	Equal variances not assumed			0,453	63,476	0,652	0,693	1,531	-2,365	3,752
empoderamiento	Equal variances assumed	0,009	0,927	0,27	78	0,788	0,407	1,505	-2,59	3,403
	Equal variances not assumed			0,268	59,336	0,79	0,407	1,52	-2,634	3,447
autoconocimiento	Equal variances assumed	0,023	0,879	0,451	78	0,653	0,447	0,991	-1,526	2,419
	Equal variances not assumed			0,451	61,416	0,653	0,447	0,99	-1,532	2,425

Tabla 7: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por sexo

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se aprecia la comparación de la varianza entre sexos, la cual arrojo un sig. (2-tailed) de 0.39 en autonomía, 0.65 en autorregulación; 0.78 en empoderamiento y 0.44 en autoconocimiento de lo que se desprende que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en comparación.

Comparación por C.I

C.I		N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Autonomía	moderado	36	57,92	8,823	1,471
	Leve	44	60,32	6,197	,934
Autorregulación	Moderado	36	37,47	7,049	1,175
	Leve	44	38,43	6,399	,965

Empoderamiento	Moderado	36	44,36	7,337	1,223
	Leve	44	45,18	5,744	,866
Autoconocimiento	Moderado	36	32,64	3,907	,651
	Leve	44	32,18	4,576	,690

Tabla 8: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por C.I

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que en la dimensión de autonomía las medias de los coeficientes moderados son de 57,92 puntos y la de los coeficientes leves es de 60,37 puntos, presentando una desviación estándar de 8,82 puntos en los moderados y en los leves es de 6,19 puntos.

En la dimensión de autorregulación para los adolescentes con coeficiente intelectual moderado la media fue de 37,47 y la desviación estándar presentada fue de 7,04 y los adolescentes con coeficiente intelectual leve presentaron un puntaje medio de 38,43 con una desviación estándar de 6,39 puntos.

La media en la dimensión de empoderamiento de los adolescentes con coeficiente intelectual moderado fue de 44,36 y la desviación estándar fue de 7,33 por otra parte la media obtenida de los adolescentes con coeficiente intelectual leve fue de 45,18 puntos y la desviación estándar fue de 5,74.

Para la dimensión de autoconocimiento la media de los adolescentes con coeficiente intelectual moderado fue de 32,64 con una desviación estándar de 3,9, para los adolescentes con coeficiente intelectual leve la media presentada fue de 32,18 y la desviación estándar fue de 4,57 puntos.

Lo que deja en evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes intelectuales en ninguna variable.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
autonomia	Equal variances assumed	3,161	0,079	-1,427	78	0,158	-2,402	1,683	-5,753	0,95
	Equal variances not assumed			-1,378	60,884	0,173	-2,402	1,742	-5,885	1,082
autoregulacion	Equal variances assumed	0,38	0,539	-0,637	78	0,526	-0,96	1,505	-3,957	2,037
	Equal variances not assumed			-0,631	71,613	0,53	-0,96	1,52	-3,99	2,071
empoderamiento	Equal variances assumed	0,703	0,404	-0,561	78	0,576	-0,821	1,462	-3,732	2,091
	Equal variances not assumed			-0,548	65,493	0,586	-0,821	1,498	-3,813	2,171
autoconocimiento	Equal variances assumed	0,692	0,408	0,474	78	0,637	0,457	0,964	-1,462	2,376
	Equal variances not assumed			0,482	77,842	0,631	0,457	0,949	-1,432	2,346

Tabla 9: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por C.I

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se aprecia la comparación de la varianza por coeficiente intelectual, la cual arrojo un sig. (2-tailed) de 0.15 en autonomía, 0.52 en autorregulación; 0.57 en empoderamiento y 0.64 en autoconocimiento por lo que se puede apreciar no existen diferencias estadísticas significativas entre ambas muestras.

Comparación por Curso

curso		N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Autonomía	básico	16	58,56	6,293	1,573
	laboral	64	59,41	7,855	,982
Autorregulación	básico	16	38,56	5,621	1,405
	laboral	64	37,86	6,944	,868
Empoderamiento	básico	16	46,25	6,181	1,545
	laboral	64	44,45	6,549	,819
Autoconocimiento	básico	16	32,63	5,596	1,399
	laboral	64	32,33	3,920	,490

Tabla 10: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por curso

Fuente: Elaboración propia

La media en la dimensión de autonomía según los datos obtenidos en básica fue de 58,56 con una desviación estándar de 6,29 y en laboral la media fue de 59,41, con una desviación estándar de 7,85.

En la dimensión de autorregulación la media para los cursos de básica fue de 38,56 con una desviación estándar de 5,62 y en los cursos laborales la media obtenida fue de 37,86, con una desviación estándar de 6,94.

La media en la dimensión de empoderamiento para la básica fue de 46,25 con una desviación estándar de 6,18 y en los cursos laborales se obtuvo una media de 44,45 presentando una desviación estándar de 6,55 puntos.

Por último, se puede apreciar en la dimensión de autoconocimiento la media presentada por los cursos básicos fue de 32,63 con una desviación estándar de 5,59 y en los cursos laborales la media fue de 32,33 con una desviación estándar de 3,92. De lo que se desprende que no existen diferencias estadísticamente significativas por curso en ninguna dimensión.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
autonomia	Equal variances assumed	0,306	0,582	-0,398	78	0,692	-0,844	2,119	-5,062	3,374
	Equal variances not assumed			-0,455	27,954	0,653	-0,844	1,854	-4,643	2,955
autoregulacion	Equal variances assumed	0,001	0,981	0,375	78	0,709	0,703	1,875	-3,031	4,437
	Equal variances not assumed			0,426	27,67	0,674	0,703	1,652	-2,682	4,088
empoderamiento	Equal variances assumed	0,031	0,86	0,992	78	0,324	1,797	1,811	-1,809	5,403
	Equal variances not assumed			1,028	24,149	0,314	1,797	1,749	-1,811	5,405
autoconocimiento	Equal variances assumed	7,587	0,007	0,247	78	0,805	0,297	1,2	-2,092	2,686
	Equal variances not assumed			0,2	18,838	0,843	0,297	1,482	-2,808	3,401

Tabla 11: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación por curso

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se aprecia la comparación de la varianza por curso, la cual arroja un sig. (2-tailed) de 0.69 en autonomía, 0.71 en autorregulación; 0.32 en empoderamiento y

0.80 en autoconocimiento, lo que deja en evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas en los grupos comparados.

Comparación por tipo de familia

familia		N	Media	Desviación estándar	Error estándar
autonomía	biparental	42	58,17	6,963	1,074
	monoparental	32	59,56	8,132	1,438
autorregulación	biparental	42	38,67	4,792	,739
	monoparental	32	37,00	8,710	1,540
empoderamiento	biparental	42	45,83	5,613	,866
	monoparental	32	43,19	7,372	1,303
autoconocimiento	biparental	42	33,00	4,102	,633
	monoparental	32	31,13	4,156	,735

Tabla 12: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación tipo de familia

Fuente: Elaboración propia

En la dimensión de autonomía de las y los adolescentes que tienen familias biparentales la media obtenida fue de 58,17 y la desviación estándar fue de 6,96 puntos y en los adolescentes con familias monoparentales la media fue de 59,56 y la desviación estándar fue de 8,13.

En la dimensión de autorregulación de las y los adolescentes con familias biparentales obtuvieron una media de 38,67 y una desviación estándar de 4,79, para los adolescentes que tienen familias monoparentales la media fue de 37 y la desviación estándar fue de 8,71 puntos. En ambas dimensiones no existen diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes con familias biparentales y monoparentales.

En la dimensión de empoderamiento la media obtenida por los adolescentes con familias biparentales fue de 45,83 y la desviación estándar fue de 5,61 y el grupo con familia monoparental obtuvo una media de 43,19 con una desviación estándar de 7,37 puntos.

A su vez en la dimensión de autoconocimiento la media de los adolescentes con familias biparentales fue de 33 con una desviación estándar de 4,15 puntos y en los

adolescentes con familias monoparentales la media fue de 31,13 y la desviación estándar fue de 4,16 puntos.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
autonomia	Equal variances assumed	1,295	0,259	-0,794	72	0,43	-1,396	1,757	-4,899	2,107
	Equal variances not assumed			-0,778	60,932	0,44	-1,396	1,795	-4,985	2,193
autoregulacion	Equal variances assumed	6,244	0,015	1,05	72	0,297	1,667	1,587	-1,497	4,83
	Equal variances not assumed			0,976	45,129	0,334	1,667	1,708	-1,773	5,107
empoderamiento	Equal variances assumed	0,495	0,484	1,754	72	0,084	2,646	1,509	-0,362	5,653
	Equal variances not assumed			1,691	56,15	0,096	2,646	1,565	-0,489	5,78
autoconocimiento	Equal variances assumed	0,002	0,961	1,937	72	0,057	1,875	0,968	-0,055	3,805
	Equal variances not assumed			1,933	66,428	0,057	1,875	0,97	-0,061	3,811

Tabla 13: Resultados cálculos Programa SPSS statistisc versión 24 comparación tipo de familia

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se aprecia la comparación de la varianza por tipo de familia, la cual arrojo un sig. (2-tailed) de 0.43 en autonomía, 0.28 en autorregulación; 0.08 en empoderamiento y 0.05 en autoconocimiento.

Se puede observar que en la dimensión de empoderamiento si bien no existen diferencias estadísticas significativas si existe una diferencia entre las varianzas de ambos grupos y en la dimensión de autoconocimiento el sig.(2tailed) fue de 0,05 de lo que se puede extraer que si existen diferencias significativas entre ambos grupos.

CAPITULO V. CONCLUSIONES.

5.1 Discusiones

Según los resultados obtenidos las y los adolescentes presentaron niveles adecuados en todas las dimensiones de la autodeterminación destacando la dimensión de autoconocimiento ya que fue la con mayor puntaje, de lo que se desprende que los y las adolescentes participantes presentan un adecuado conocimiento de sí mismo tanto de

sus fortalezas como de sus limitaciones. Este autoconocimiento y autocomprensión se forma a través de la experiencia y la interpretación del entorno, y está influenciado por las evaluaciones de otros significativos, el refuerzo, y atribuciones que realiza la persona del propio comportamiento (Wehmeyer, 1999, p. 58). Por lo que se puede interpretar que los adolescentes viven en entornos protectores, ya que los refuerzos de otros significativos, así como las evaluaciones de sí mismos son positivas.

Similares resultados ponderaron en empoderamiento, presentando niveles moderados en esta dimensión, también con una media cercana al puntaje máximo, de lo que se desprende que las y los adolescentes perciben sus comportamientos en su mayoría autoinstruidos y principalmente asertivos.

Zimmerman (1990) propuso un modelo en el que percepciones positivas de control son el resultado de la "esperanza aprendida" definiéndola como el "proceso de aprender y utilizar habilidades de resolución de problemas en relación con el control percibido" (Wehmeyer, 1999, p.57). Por lo que se puede entender que las percepciones de control de las y los adolescentes participantes han sido mediadas en su gran mayoría con refuerzos positivos, validando sus capacidades de resolución de problemas y estrategias desplegadas.

En la dimensión de autorregulación las y los adolescentes presentaron niveles tendientes al puntaje máximo, pero en menor medida que las dimensiones anteriores por lo que se puede afirmar que manifiestan control de sí mismos, establecen para si objetivos y logros, realizan autoaprendizaje, autoevaluación y autorefuero, tienen capacidad para resolver problemas y tomar decisiones (Agran, 1992, citado en Wehmeyer, 1999, p.57).

La dimensión de autonomía también presento valores cercanos al puntaje máximo por lo que se infiere que las y los adolescentes que participaron presentan orientación hacia el autocuidado y la autodirección (Sigafos, Feinstein, Damond y Reiss 1988, citado en Wehmeyer, 1999, p. 57), lo cual se entiende como independencia en el funcionamiento y poder elegir y actuar en función de las preferencias de la persona en distintas dimensiones de la vida (familiar, laboral, educacional, recreativas, ocio, etc), las y los adolescentes participantes viven con sus padres o algún adulto significativo y la mayoría no ha trabajado nunca por lo que las percepciones manifestadas estarían relacionadas con la toma de decisiones significativas dentro de la dimensiones familiar, educativa, recreacional y de ocio.

En cuanto a los resultados obtenidos por comparación de grupos no presentaron diferencias significativas en las cuatro dimensiones en la comparación por sexo, C.I y

curso, sin embargo al comparar por tipo de familia se encontró que las dimensiones de empoderamiento y en mayor medida la dimensión de autoconocimiento en las y los adolescentes con familias biparentales presentaban mayor puntaje lo que posiblemente se relaciona con una mayor percepción de protección, el refuerzo positivo se incrementa al ser efectuado por dos personas, lo que a su vez podría influir en que las evaluaciones de sí mismos sean principalmente positivas.

5.2 Conclusiones

Los resultados obtenidos por las y los adolescentes manifiestan ser adecuados en las cuatro dimensiones de este constructo, por lo que se podría interpretar que los entornos en los que se desarrollan las y los adolescentes participantes son principalmente favorecedores para el aprendizaje y desarrollo de los componentes de la autodeterminación.

A su vez quedó reflejado en los resultados la importancia del tipo de familia en la manifestación de la autodeterminación, siendo los adolescentes que vivían con ambos padres los con mayor puntaje en dos dimensiones de la autodeterminación, similares resultados se encontraron en diversas investigaciones internacionales (Nota, Ferrari, Soresi y Wehmeyer, 2007; Stancliffe, Abery, Springborg, y Elkin 2000; Wehmeyer, Palmer, Soukup, Garner y Lawrence, 2007), dejando en evidencia la relevancia del contexto familiar en la promoción y desarrollo de la autodeterminación, aun así la relevancia de los hallazgos debe ser contemplados dentro de los límites de esta población en concreto.

Sería necesario seguir investigando por esta línea para obtener mayor información al respecto, ya que la mayoría de las investigaciones han contemplado la influencia de características como la edad, sexo, género (Vicente-Sánchez, Guillén-Martín, Verdugo-Alonso y Calvo-Álvarez, 2018) en la manifestación de la autodeterminación y poco se ha investigado empíricamente las teorías que destacan la influencia que podrían ejercer factores contextuales (familiar, laboral, educativo, etc) en el desarrollo de la autodeterminación.

5.3 Limitaciones

Las principales limitantes de esta investigación fueron la gran dificultad de acceso a la muestra, ya que en muchas ocasiones los consentimientos de padres y apoderados no regresaron a los establecimientos escolares haciendo imposible la participación de los

estudiantes en la investigación, otro motivo relevante en el acceso fue la contingencia del paro de profesores a partir del mes de junio hasta la fecha a lo que se sumó las condiciones climáticas existentes, ya que en invierno los adolescentes con discapacidad presentan complicaciones respiratorias en su salud mayores que los adolescentes sin discapacidad (Bernal, León y Martínez, 2017), por lo que presentan mayor ausentismo escolar que los estudiantes sin discapacidad intelectual.

Otro limitante para la participación fue la comunicación y comprensión oral para poder entender el contenido de los ítems, así como habilidades de expresión comunicativa por parte de los adolescentes que participaran ya que debían marcar con una X la alternativa que ellos consideraran adecuada a su pensamiento o a las conductas manifestadas.

A su vez los resultados obtenidos son solo representativos de los colegios participantes, sería importante seguir investigando sobre la autodeterminación en esta población dada la magnitud de este constructo en el desarrollo y calidad de vida de todas las personas y específicamente para las que tienen discapacidad intelectual.

5.4 Proyecciones

Dada la importancia otorgada desde las políticas públicas tanto internacionales como nacionales al desarrollo y promoción de la autodeterminación en el ámbito de la discapacidad, ya que se propone como un derecho a potenciar quedando establecido en la promulgación de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad del año 2006 y siendo reafirmados en nuestro país con la Ley 20.422 promulgada en el 2010 sobre inclusión en la comunidad e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, sin embargo en Chile no se cuenta con herramientas validadas para medir la autodeterminación de las personas con discapacidad, por lo que no es posible aún sistematizar los niveles de autodeterminación de este colectivo, trabajando actualmente sin parámetros empíricos sobre esta dimensión significativa para el desarrollo óptimo de la calidad de vida, surge como una necesidad el tener instrumentos validados en nuestro país para la medición de este constructo.

BIBLIOGRAFIA

Referencias Bibliográficas

- Aliño, M., López, J., y Navarro, R. (2006). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1) Recuperado en 27 de abril de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100009&lng=es&tlng=es.
- Arellano, A. y Peralta, F. (2013): “Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual como objetivo educativo y derecho básico: estado de la cuestión”, *Revista Española de Discapacidad*, 1 (1): 97-117.
- Arellano, A y Peralta, F. (2014). Calidad de vida y autodeterminación en personas con discapacidad. valoraciones de los padres. Recuperado de: riberdis.cedd.net/handle/11181/4368.
- Ardila, R (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Arnau, M. (2006). Ley de la «in-dependencia»: pasos necesarios para garantizar un nuevo derecho de ciudadanía. Recuperado de: www.ehu.eus/ojs/index.php/Lan_Harremanak/article/view/3116
- Arroyave, M y Freyle M. (2009). La autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual. *Innovar. Especial en Educación*, 53 -64. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/inno/v19s1/19s1a05.pdf
- Bariffi, F. y Palacios, A. (2007). la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. una aproximación a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Madrid. ediciones cinca. recuperado de: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Discapacidad.pdf>

- Behar, J y Forns, M. (1984). Hábitos de autonomía en adolescentes de 8.0 de EGB evaluados mediante el EDPS/74*. Cuadernos de Psicología, II, 35 58. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/viewFile/195923/262707>
- Bernal, R., León, D. y Martínez, R. (2017). Acceso y morbilidad hospitalaria en personas con trastornos del desarrollo intelectual. Salud pública Méx 59 (4). Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n4/408-415/es/>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2008). Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. recuperado de: <https://www.leychile.cl/n?i=278018&f=2008-09-17&p=>
- Biblioteca del congreso nacional. (2010). Ministerio de planificación. promulgación de la ley 20.422 establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/navegar?idley=20422>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210> ISSN 1794-4449
- Briones, G. (2002). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Recuperado de: <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development. EXPERIMENTS BY NATURE AND DESIGN. Recuperado de: https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf
- Canales, M. (2004). Metodologías de investigación social. Introduccion a los oficios. LOM Ediciones.
- Castro, L., Cerda, G., Vallejos, V., Zúñiga, D. & Cano, R. (2016). Calidad de vida de personas

con discapacidad intelectual en centros de formación laboral. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 175-186. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.12](https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.12)

Cobb, B., Lehmann, J., Newman-Gonchar, R., and Alwell, M. (2009). Self-Determination for Students with Disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 32(2), 108–114. Recuperado de: sci-hub.tw/10.1177/0885728809336654

Cook, T y Reichardt, D. (1986). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Ediciones Morata, S. L. 1ª ed., Madrid, 1986 Colección: Pedagogía. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42343500/Cook_Reichardt.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1527175603&Signature=awJ0u%2BBnWdAHLv6z8xLGyQzgM9w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCook_Reichardt.pdf

Craig, G y Baucum, D. (2009). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. Recuperado de: <https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/desarrollo-psicologico-9-ed-craig-baucum.pdf>

Egea, C. y Sarabia, A (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Recuperado de: https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf

Field, S., and Hoffman, A. (1994). Development of A Model for Self-Determination. *Career Development for Exceptional Individuals*, 17(2), 159–169. doi:10.1177/088572889401700205

url to share this paper: sci-hub.tw/10.1177/088572889401700205

Field, S., Martin, J., Miller, R., Ward, M. and Wehmeyer, M. (1998). A Practical Guide for Teaching Self-Determination. Council for Exceptional Children, Reston, VA. Div. of Career, Development and Transition. Recuperado de:

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED442207.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). Estado mundial de la infancia 2011. La Adolescencia una época de Oportunidades. Recuperado de: <https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF - Estado Mundial de la Infancia 2011- La adolescencia una epoca de oportunidades.pdf>

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr. 86(6):436-443. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

Godoy, M., Meza, M y Salazar, A (2004). Antecedentes históricos, presente y futuro de la educación especial en Chile. Ministerio de Educación, Programa de Educación Especial. Recuperado de:

especial.mineduc.cl/wp.../201304151210180.doc_Antecedentes_Ed_Especial.pdf

Gómez, M; Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://inico.usal.es/integra-contenidos-inico.aspx?num=9>

González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21428206.pdf>

González, P., Bousoño, M. González-Quiroz, M., Pérez de Albéniz, C., y Bobes, J (1993). Evaluación de calidad de vida. PSIQUIATRIA Vol. V. Núm. 6. Recuperado de: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Gonzalez_Evaluacion.pdf

Gràcia, M y Vilaseca, R. (2008). Como mejorar la calidad de vida de las familias de niños con discapacidad intelectual: algunas propuestas. Revista Española sobre discapacidad intelectual, Vol. 39 (2). Num. 226. Pag. 44-62. Recuperado de:

- Hueste, A. (2012) La discapacidad como factor de exclusión social. Evidencias empíricas desde una perspectiva de derechos. Recuperado de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4032>
- Iáñez, A. (2009). “Vida Independiente y Diversidad Funcional. Resultados de una Investigación Social Aplicada en la Provincia de Sevilla.” Revista Portularia, Vol. IX, N° 1, pp. 93-103. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1610/161013161009/1>
- Irimia, P. (2003). Superando la soledad: La educación de las personas con discapacidad intelectual. Editorial Fundamentos. Recuperado de: <https://books.google.cl/books?isbn=8424510577>
- Lachapelle, Y., Wehmeyer, M.L., Haelewyck, M.C., Courbois, Y., Keith, K.D., Schalock, R., Verdugo, M.A., and Walsh, P.N. (2005). The relationship between quality of life and selfdetermination: An international study. Journal of Intellectual Disability Research, 49, 740-744. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/9d33/6734c4ed203ea0c39f0a68c98eafe67881c4.pdf>
- Lara, J. (1996). Adolescencia. Cambios físicos y cognitivos. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2282696.pdf>
- Losada, L. (2017). Autodeterminación y calidad de vida en adolescentes con discapacidad intelectual y otras alteraciones del desarrollo. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=125718>
- Mafla, C. (2008). Adolescencia: cambios bio- psicosociales y salud oral. Colomb. Med. 2008; 39: 41-57. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1/v39n1a6.pdf

Marfull-Jensen, M., and Flanagan, T. D. (2014). The 2010 Chilean National Disability Law. *Journal of Disability Policy Studies*, 26(3), 144–152. doi:10.1177/1044207314533384

url to share this paper:

sci-hub.tw/10.1177/1044207314533384

McGuire, J., and McDonnell, J. (2008). Relationships Between Recreation and Levels of Self-Determination for Adolescents and Young Adults with Disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 31(3), 154–63. doi:10.1177/0885728808315333 url to share this paper:

sci-hub.tw/10.1177/0885728808315333

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Servicio Nacional de Discapacidad. Estudio Nacional de la Discapacidad. Recuperado de: <http://endisc.senadis.cl/infografianinos/>

Ministerio de educación Pública (1990). Dirección de Asesoría Jurídica. Recopilación y Reglamentos. Recuperado de: portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231709370.DecretoN87.pdf

Ministerio de Educación. (2007). Manual para Docente: educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Recuperado de: <http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/09/200810081657070.EducacionSexual.pdf>

Ministerio de Educación. (2010). Decreto 170. Fija Normas para determinar los alumnos con Necesidades Educativas Especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para Educación Especial. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1012570>

Monje, C. (2011). Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Guía didáctica. Recuperado de: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

- Mumbardó-Adama, C, Guàrdia-Olmosb, J y Ginéa, C. (2018). Exploring the impact of disability on self-determination measurement. *Research in Developmental Disabilities* 78 (2018) 27–34. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.04.022>
- Muñoz, J y Losada, L. (2017). Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación* eISSN: 2386-7418, Vol. Extr., No. 11 DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.11.2113>
- Muñoz, J., Losada, L. y Rebollo, N. (2015). Calidad de vida y autodeterminación en alumnado con discapacidad incluido en aulas ordinarias. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 2(2), 18-26. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/285493909 Munoz-Cantero JM Losada-Puente L y Rebollo-Quintela N 2015 Calidad de vida y autodeterminacion en alumnado con discapacidad incluido en aulas ordinarias Revista de Estudios e Investigacion en Psicolog](https://www.researchgate.net/publication/285493909_Munoz-Cantero_JM_Losada-Puente_L_y_Rebollo-Quintela_N_2015_Calidad_de_vida_y_autodeterminacion_en_alumnado_con_discapacidad_incluido_en_aulas_ordinarias_Revista_de_Estudios_e_Investigacion_en_Psicolog)
- Navas, P., Gómez, E., Verdugo, M y Schalock, R. (2012). Derechos de las personas con discapacidad intelectual: implicaciones de la convención de naciones unidas. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, Vol.43 (3). Num. 243, pag. 7-48. Recuperado de: <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/19594/8-2-6/derechos-de-las-personas-con-discapacidad-intelectual-implicaciones-de-la-convencion-de-naciones-unidas.aspx>
- Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. Recuperado de: https://www.canonsociaalwerk.eu/2008_inclusie/The%20Normalization%20Principle%20and%20Its%20Human%20Management%20Implications.pdf
- Nota, Ferrari y Soresi. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 51, pages 850- 865. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00939.x>

Organización Mundial de la Salud. (1997). División de salud mental y prevención del abuso de sustancias organización mundial de la salud. Programa de salud mental. Medición de la calidad de vida. recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=744540236310C2CF68EF7397FDFFE902?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe mundial la discapacidad. Recuperado de: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). Décima edición. Recuperado de:

www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/08/Volume-1-CIE-10-2016-cha.pdf

Palacios, A y Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Discapacidad.pdf>

Pascual, D., Garrido, M y Antequera, S. (2014). Autodeterminación y calidad de vida: un programa para la mejora de personas adultas con discapacidad intelectual. Psicología Educativa 20, 33-38. Recuperado de: pse.elsevier.es/es/autodeterminacion-calidad-vida-un.../S1135755X14000050

Peralta, F. y Arellano, A. (2014). La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual: situación actual en España. Revista CES Psicología, 7(2), 59-77. Recuperado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2891>

- Primer Estudio de Discapacidad en Chile, Informe Ejecutivo V Región de Valparaíso, 2004).
Recuperado de:
http://historico.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/Vregion.pdf
- Rojas, S. (2004). Autodeterminación y Calidad de vida en personas discapacitadas. Experiencias desde un hogar de grupo. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Pedagogía Aplicada. Facultad de Ciencias de la Aplicación. Recuperado de: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5044/srp1de2.pdf
- Sampieri, R., Fernández, C y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. Recuperado de:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Servicio Nacional de Discapacidad. (2015). II Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Recuperado de:
https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
- Schalock, R. (2000). Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito. Recuperado de:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.847.596&rep=rep1&type=pdf>
- Schalock, R., Brown, I; Brown, R; Cummins, R; Felce, D, Matikka, L, Keith, K and Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. American Association on Mental Retardation. VOLUME 40, Number 6: 457–470. Recuperate:
<https://pdfs.semanticscholar.org/e542/e17038b0ab3f3be8d10f1b3744cda0e9906d.pdf>
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2007). Gestión del Repositorio Documental de la Universidad de Salamanca: El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Recuperado de:
<https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/55873>
- Shalock, R et al. (2007). El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al termino discapacidad intelectual. Recuperado de:
<http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10365/articulos1.pdf>

- Sheppard, L. and Unsworth, C. (2011). Developing Skills in Everyday Activities and Self-Determination in Adolescents with Intellectual and Developmental Disabilities. *Remedial and Special Education* 2011 32: 393. Recuperado de: scihub.tw/10.1177/0741932510362223
- Shogren, K., and Shaw, L. (2015). The Role of Autonomy, Self-Realization, and Psychological Empowerment in Predicting Outcomes for Youth with Disabilities. *Remedial and Special Education*, 37(1), 55–62. Recuperado de: doi:10.1177/0741932515585003
- Shogren, K., Wehmeyer, M., Palmer, S., Rifenbark, G. and Little, T. (2015). Relationships between self-determination and postschool outcomes for youth with disabilities. *Journal of Special Education*, 48(4), 256-267. Recuperado de: [https://www.academia.edu/4518360/Shogren_K.A. Wehmeyer M.L. Palmer S.B. Rifenbark G. and Little T. 2015 . Relationships between self-determination and postschool outcomes for youth with disabilities](https://www.academia.edu/4518360/Shogren_K.A._Wehmeyer_M.L._Palmer_S.B._Rifenbark_G._and_Little_T._2015_.Relationships_between_self-determination_and_postschool_outcomes_for_youth_with_disabilities)
- Stancliffe, R. J., Abery, B. H., Springborg, H., and Elkin, S. (2000). Substitute Decision-Making and Personal Control: Implications for Self-Determination. *Mental Retardation*, 38(5), 407–421. doi:10.1352/0047-6765(2000)038<0407: sdapci>2.0.co;2
- Urzua, A y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid...48082012000100006
- Vega, V; Jenaro, C; Morillo, M; Cruz, M y Flores, N. (2011). Calidad de vida y apoyos en personas con discapacidad Intelectual institucionalizados en Chile: estudio piloto. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* – 3; 52- 70 – trabajos originales– issn: 1688-7026. Recuperado de: http://www.pedagogiapucv.cl/wp-content/uploads/2016/08/Vega-y-otros-2011-Calidad-de-vida-y-apoyos-en-personas-con-discapacidad-Intelectual-institucionalizados-en-Chile_-estudio-piloto.pdf
- Vega, C., Gómez, M., Fernández, R., y Badia, M. (2013). El papel del contexto educativo en la autodeterminación. Análisis de su influencia en el proceso de transición a la vida

adulta de alumnos con discapacidad intelectual. *Revista Iberoamericana De Educación*, 63, 19-33. Recuperado de: <https://rieoei.org/RIE/article/view/418>

Verdugo, M. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Revista de Española sobre Discapacidad intelectual*. Recuperado de: sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.

Verdugo, M. (2008). El Constructo de Discapacidad Intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol 39 (3), Num, 227. Recuperado de: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_227.pdf

Verdugo, M y Jordán, B. (2002). Hacia la Integración Plena mediante el Empleo Actas VI simposio Internacional de Empleo con Apoyo. Recuperado de: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/246>

Verdugo, M., Crespo, M y Nieto, T. (2010). Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad SAID. Colección Actas. Publicaciones del INICO. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Verdugo/publication/235731846_Aplicacion_del_Paradigma_de_Calidad_de_Vida/links/02bfe512f1e96b282f000000/Aplicacion-del-Paradigma-de-Calidad-de-Vida.pdf

Verdugo, M y Schalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 41 (4). Num.236. Pag 7-21. Recuperado de: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf

Verdugo, M, Schalock, R, Arias, B, Gómez, L y Urríes, B. (2013). Calidad de vida. Discapacidad e Inclusión (pp 443-461). Salamanca: Amarú. Recuperado de:

Verdugo, M, Vicente, E, Gómez, M, Fernández, Wehmeyer, M, Badia, M, González, F y Calvo, M. (2014). Escala ARC-INICO de Evaluación de la Autodeterminación. Manual de aplicación y corrección. Recuperado de:

sid.usal.es/.../escala-arc-inico-de-evaluacion-de-la-autodeterminacion-manual-de-aplic...

Vicente-Sánchez, Guillén-Martín, Verdugo-Alonso y Calvo-Álvarez (2018). El Rol de los Factores Personales y Familiares en la Autodeterminación de Jóvenes con Discapacidad Intelectual. *Psicología educativa, Revista de psicólogos de la educación*, Vol. 24. Núm. 2. - 2018. Páginas 75-83. Recuperado de: <https://doi.org/10.5093/psed2018a13>

Vidal, J. (2003). El Movimiento de vida Independiente. Experiencias internacionales. Recuperado de:

envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fundacionluisvives-movimiento-01.pdf

Wehmeyer, M. (1997). *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9(3), 175–209. doi:10.1023/a:1024981820074. Recuperado de: sci-hub.tw/10.1023/A:1024981820074

Wehmeyer, M. (1999). A Functional Model of Self-Determination: Describing Development and Implementing Instruction. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/245923087_A_Functional_Model_of_Self-Determination/download

Wehmeyer, M. (2005). Self-Determination and Individuals with Severe Disabilities: Re-examining Meanings and Misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(3), 113–120. doi:10.2511/rpsd.30.3.113

Wehmeyer, M. (2006). autodeterminacion y personas con discapacidades severas. *Revista española sobre Discapacidad Intelectual* vol. 37 (4), Núm. 220, p. 5-16. Recuperado de: <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/9350/8-2-6/autodeterminacion-y-personas-con-discapacidades-severas.aspx>

Wehmeyer, M. (2014). Self-determination: A family affair. *Family Relations*, 63, 178-184. Recuperado de: https://www.academia.edu/4518324/Wehmeyer_M.L._2014_.Self-determination_A_family_affair

Wehmeyer, M and Schwartz, M. (1998). The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 1998, 33(1), 3-12 © Division on Mental Retardation and Developmental Disabilities. Recuperado de: http://supporteddecisionmaking.org/sites/default/files/relationship_between_self-determination_quality_of_life.pdf

Wehmeyer, M., & Palmer, S. (2003). Adult outcomes for students with cognitive disabilities three years after high school: The impact of self-determination. Education and Training in Developmental Disabilities, 38, 131–144. Recuperado de: http://daddcec.org/Portals/0/CEC/Autism_Disabilities/Research/Publications/Education_Training_Development_Disabilities/2003v38_Journals/ETDD_200306v38n2p131-144_Adult_Outcomes_Students_With_Cognitive_Disabilities_Three-Years.pdf

Wehmeyer, M., Palmer, S., Agran, M., Mithaug, D., and Martin, J. (2000). Promoting Causal Agency: The Self-Determined Learning Model of Instruction. Exceptional Children, 66(4), 439–453. Recuperado de: sci-hub.tw/10.1177/001440290006600401

Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Soukup, J. H., Garner, N. W., & Lawrence, M. (2007). Self-Determination and Student Transition Planning Knowledge and Skills: Predicting Involvement. Exceptionality, 15(1), 31–44.doi:10.1080/09362830709336924

Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., Palmer, S. B., Williams-Diehm, K. L., Little, T. D., and Boulton, A. (2012). The Impact of the Self-Determined Learning Model of Instruction on Student Self-Determination. Exceptional Children, 78(2), 135–153.doi:10.1177/001440291207800201

url to share this paper:
sci-hub.tw/10.1177/001440291207800201

